Nr. 19 10. maja 1926 Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

F. KMIETOWICZ jun. Lwów.

Z fizjologji wydzielania żółci.

Dynamiczne własności wody alkalicznej właściwej ze zdroju Zubera w Krynicy i soli gorzkiej i glauberskiej z Morszyna.

Z Zakładu farmakologji doświadczalnej U. J. K.
Kierownik: Prof. Dr. W. Koskowski.

Ciąg dalszy.

VIII.

Rozpatrując ogólne działanie tych hipo- i hipertonicznych wód (woda wodociągowa, sodowa i Słotwinka były hipo a Zuber i roztwory soli morszyńskiej i karlsbadzkiej były hipertoniczne), szczególnie podawanych na zimno, musimy stwierdzić fakt, że jeśli pod ich wpływem rośnie wydzielanie żółci, to rośnie nagle i natychmiastowo w pierwszej godzinnej porcji.

Wody te podane zaś na gorąco, rozszerzając naczynia jelit w łożysku krwionośnem żyły wrotnej, przedłużają wzmożone wydzielanie żółci, czasem nawet do trzech godzin.

Własności te posiadają przedewszystkiem wody hipotoniczne, chociaż wiemy, że hipo- czy też hipertonia, jako takie, same przez się nie działają żółciopędnie (Stransky).

Naturalnie, że cyfry otrzymane nawet na ten sam bodziec, można porównywać między sobą tylko w jednem doświadczeniu, więc bezwzględnie, a nie względnie w dwu różnych doświadczeniach, gdyż ilość wydzielonej żółci nigdy nie przedstawia cyfr absolutnych, zależy bowiem w znacznej mierze od nawodnienia ustroju w momencie badania.

Soli przeczyszczającej morszyńskiej używa się w klinice w dawkach od 15 — 30 gr jużto w rozczynie stężonym około 20%, gdzie biegunka zjawia się u człowieka po 10 — 20 godzinach, równocześnie zabierając duże ilości wody z ustroju ze sobą, jużto w rozczynie rozcieńczonym n. p. 3%, po którym biegunka występuje w 1 do 2 godzin, nie wpływając jednak na zawartość wody w ustroju.

Sole gorzkie i glauberskie (*Magnesium i Natrium sulphuricum*) mają tedy własność odciągania wody z tkanek do jelit, i nietylko zatrzymują wodę, w której są rozpuszczone i wprowadzone do jelit, ale jeszcze zwiększają jej objętość tak długo, dopóki stężenie soli gorzkich czy glauberskich z 10 — 25%, jak je użyto, nie spadnie do 3%. Wtedy ustaje odciąganie wody i większa część rozczynu zostaje wydalona z kiszek.

Im więcej stężony roztwór, tem później nastąpi biegunka, gdyż sól musi być rozcieńczona do granicy 3%

Eksperymentalnie łatwiej jest rozpatrywać niezależnie, działanie soli glauberskiej i gorzkiej z Morszyna z jednej strony a dwuwęglanu sodowego w wodzie Zubera z drugiej strony, aniżeli efekty działania mieszaniny tych środków w wodzie karlsbadzkiej, czy też soli.

100 cm³ 10% roztworu soli karlsbadzkiej, posiada 3.6 gr dwuwęglanu, 4.2 gr siarczanu i 1.8 gr chlorku sodowego.

100 cm³ 10% roztworu soli morszyńskiej zawiera około 30% siarczanu sodowego, 10% magnezowego, 10% potasowego i 50% chlorków sodowego, potasowego i magnezowego (wedle tymczasowego rozbioru).

Woda alkaliczna Zubera ma w 100 cm³ około 2 gr. dwuwęglanu sodowego.

Zmięszanie więc dopiero wody Zubera z rozczynem soli morszyńskiej pokryje się w przybliżeniu chemiczną zawartością z odpowiednim rozczynem soli karlsbadzkiej.

Tak więc poza zagadnieniami teoretycznemi, jest tutaj i praktyczny interes, wyznaczenia wartości farmako-terapeutycznych dla naszych wód krajowych.

Znajomość dynamicznych wartości soli morszyńskiej i obecność w kraju źródła Zubera, jest bardzo ważną jeszcze pod jednym względem klinicznym — mianowicie:

Pod wpływem siarczanów traci ustrój zasady; kwas siarkowy bowiem, podawany wewnętrznie w postaci soli (siarczanu sodowego i magnezowego), ulega rozbiciu pod wpływem kwasu węglowego na odpowiedni węglan i kwas siarkowy, i jako taki wchłania się w dużych ilościach w jelitach i opuszcza następnie ustrój z moczem, jako siarczan. W ten sposób mocz zawiera znaczne ilości siarczanów. Do ich wytworzenia muszą być zmobilizowane odpowiednie ilości zasad z krwi i tkanek, więc amoniaku lub sodu. *(Hay)*.

Długotrwała strata zasad, pokrywana nawet amoniakiem, w końcu wpływa ujemnie na ustrój.

Szczęśliwa naturalna kombinacja dwuwęglanu sodowego z siarczanem sodowym w wodzie karslbadzkiej, siłą faktu wyrobiła temu zdrojowisku sławę wszechświatową.

Dlatego też woda Zubera i sól morszyńska, powinny dla pewnych wskazań leczniczych w klinice i w obu zdrojowiskach wzajemnie się uzupełniać.

Odwodzenie wody do jelit przy solach morszyńskiej i karlsbadzkiej, tłumaczy nam zjawisko zmniejszenia się naogół po nich ilości wydzielonej żółci. Szczególnie miało to miejsce przy 10% stężeniu tych soli, kiedy zapotrzebowanie wody było znaczne.

Oczywiście, że hipotoniczna woda karlsbadzka pita u źródła, wchłania się w jelitach nawet z częścią swoich soli, jak wszystkie zresztą nieszkodliwe roztwory hipotoniczne.

Farmakologja szczególnie siarczanu magnezowego posiada szereg prac nad jego działaniem żółciopędnem. Działanie obu siarczanów tak sodowego jak i magnezowego jest jednakowe, lubo magnezowego wybitniejsze.

Zdania autorów są jednak podzielone, co do mechanizmu samego działania.

Einhorn stwierdził, że przy siarczanie sodowym i magnezowym nie inne jony, ale kwas siarkowy decyduje o wypróżnieniu się pęcherzyka żółciowego i wydaleniu żółci B, jak też i o produkcji późniejszej jasnej żółci wątrobowej C. Spostrzeżenie to potwierdził i Stransky, podkreślając, że z anionów i kationów działa tu tylko anion SO_4 i to tylko przy 10-krotnie silniejszem stężeniu, niżli jest w wodzie karlsbadzkiej.

Reach wykazał, że szczególnie siarczan magnezowy działa lokalnie na Oddi'ego mięsień zwieracza przewodu żółciowego wspólnego. Działanie objawia się otwarciem przewodu i trwa 10 do 15'. Friedenwald, Martindale i Kearney widzą także jego działanie lokalne na błonę śluzową dwunastnicy koło ujścia przewodu żółciowego.

Jones, Simon i Lyon obserwowali opróżnianie się pęcherzyka żółciowego pod wpływem soli gorzkich, podobnie jak i Kawashima, Jakobson i Gydessen, Carnot i Gaehlinger. i w. i.

Einhorn, który początkowo także był zwolennikiem przypuszczenia iż pęcherzyk żółciowy opróżnia się pod wpływem soli gorzkich, zajął w następnych swych pracach stanowisko przeciwne. Doszedł bowiem eksperymentalnie do wniosku, że pod wpływem soli gorzkich nie mamy do czynienia z wydalaniem żółci z pęcherzyka żółciowego, ale ze zmienionem wydzielaniem samej wątroby, podobne bowiem spostrzeżenie zrobił po podaniu tej soli podskórnie i do odbytnicy.

Również po wycięciu pęcherzyka żółciowego i po podaniu potem soli gorzkich żółć była ciemniejszą. Sól pobudziła tutaj produkcję żółci w samej wątrobie.

Przy wątrobie uszkodzonej siarczan magnezowy nie dawał wydzielania ciemnej żółci.

Diamond utrzymuje, że pęcherzyk żółciowy, jak inne narządy puste nie opróżnia się nigdy aktywnie-samoistnie.

Brak fizjologiczny pęcherzyka żółciowego u konia, słonia i t. d. dowodzi jego zbędności w ustroju, jak również, iż zasadniczo nie jest przeciwskazane operacyjne usuwanie pęcherzyka żółciowego.

Drażnienie zwieracza Oddi'ego niema żadnego wpływu na opróżnienie pęcherzyka. Zresztą ani anatomicznie, ani fizjologicznie mięsień ten niema nic wspólnego z pęcherzykiem żółciowym.

W naszych doświadczeniach ciemną żółć woreczkową B. widzieliśmy tylko cztery razy wybitnie występującą po jednym razie po Słotwince, Zuberze, 3 i 5 % Morszynie.

Natomiast typową żółć czystą wątrobową C, charakteryzującą się jasno żółtą barwą, widzieliśmy dwa razy zaraz po wlaniu gorącej Słotwinki, raz po 5% gorącym Karlsbadzie i raz po 10% zimnym Morszynie, ale w porcji drugiej.

Wogóle barwa żółci eksperymentalnie uzyskanej nie przedstawia wybitnych różnic w zabarwieniu.

Należałoby podkreślić jeszcze, że po 5% gorącym Karlsbadzie żółć z gęstej i ciemnej w dwa dni stawała się wodnistą, jaśniejszą i ilość jej ogólna rosła. Zjawisko to jednak miało miejsce także przy jednorazowem nawodnieniu ustroju przez podanie nadmiaru wody zwykłej, wieczorem poprzedniego dnia przed eksperymentem.

IX.

Ze względów klinicznych należy podnieść, że wody alkalicznej Zubera w praktyce lekarskiej używa się zawsze w rozcieńczeniu, z powodu silnego jej stężenia. Natomiast, dla wyjaskrawienia jej dynamicznych własności w eksperymencie, uznałem za stosowne użyć jej w formie naturalnej, choćby dlatego, aby jak najbardziej eliminować sam bodziec wodny, a dać możność i stworzyć warunki możliwie najlepsze do badania składników istotnych. Ponieważ dwuwęglan sodowy wysuwa się jako składnik wody Zubera na plan pierwszy i dominuje nad innemi składnikami, jemu też przypisać należy główne farmakodynamiczne działanie.

Brunn podając 1 litr roztworu 0.3 — 2.4% chlorku lub dwuwęglanu sodowego, przekonał się, jak zresztą wszyscy poprzednicy, że następuje zatrzymanie wody w ustroju i zmniejszenie się wydzielania moczu. Przekonał się też, że zatrzymanie wody i diureza nie zależą od absolutnej podanej soli, ale od jej stężenia w roztworze.

Tej to własności dwuwęglanu i chlorku sodowego, zatrzymania i wiązania w tkance ustrojowej dużych ilości wody, przypisać należy wyniki zmniejszania na ogół ilości wydzielonej żółci po wodzie alkalicznej ze źródła Zubera.

Z tkanek według Schadego tkanka łączna, a właściwie kolloid łącznotkankowy ma być regulatorem w gospodarce wodnej między komórką a krwią.

Jak wiąże się woda z białkiem tkankowem i jaka jest rola dwuwęglanu i chlorku sodowego niewiadomo. Reichel stwierdza, że wiązanie wody spęczniającej białko następuje przez nasiąknięcie włosowate białka wodą.

Zapotrzebowanie wody przy wchłonięciu chlorku i dwuwęglanu sodowego musi też zubożeć w wodę i wątrobę, szczególnie jeśli zejdzie się chłonięcie soli z równoczesnym niskim stanem wody zapasowej w wątrobie. Temu też częściowo należy przypisać częste zmniejszenie się ilości żółci po Zuberze. A niskie ilości żółci w 2 i 3 godzinie po wessaniu Zubera wskazują, że zapotrzebowanie wody w tkance łącznej jest znaczne i narasta zwolna, ale stale.

Prąd wody z tkanek do krwi i z krwi do tkanek, rozmieszczenie wody w płucach, wątrobie, mięśniach i tkance łącznej, zwiększenie wydzielania moczu dają cały szereg możliwości dla hydrodynamicznego działania wprowadzonej wody. Jeśli do tego dołączy się chemjo- i termodynamiczny bodziec podanego roztworu soli, sprawa gospodarki wodą komplikuje się jeszcze bardziej.

Zagadnienie zwiększania się czy też zmniejszenia ilości żółci pod wpływem czynników hydrologicznych, nie decyduje jeszcze o zmianie ilości składników żółci. Sprawą tą zajmiemy się w następnych rozdziałach pracy, gdzie rozpatrzymy statystykę wywozu składników żółci.

Nasuwa się jeszcze jedno spostrzeżenie co do zmieniania objętości komórek gruczołowych wątroby.

Ślady kwasu siarkowego, jak również i kwasu węglowego powodują zwiększenie objętości komórki wątrobowej (Hamburger).

Przeciwnie zwiększenie zasadowości zmniejsza objętość komórki wątrobowej.

Być może, że tu leży powód, dlaczego po wodzie sodowej, napęczniała komórka wątrobowa może wydalić większą ilość żółci po Zuberze, w komórce skurczonej taka ilość nie może być wyprodukowaną.

Rola soli gorżkich i glauberskich w stężeniu 3 — 10% nie może tu mieć swojego bezwzględnego znaczenia, gdyż wchłanianie bywa indywidualnie różne, stąd i żadne lub niewielkie ilości kwasu siarkowego we krwi. Inaczej teoretycznie przedstawia się sprawa przy hipotonicznych roztworach soli, czy też hipotonicznej naturalnej wodzie karlsbadzkiej, czego jednak nie badaliśmy eksperymentalnie.

Sporadyczny wzrost żółci po Morszynie odnieść należy do powyższych właściwości kwasu siarkowego.

X.

Ze sprawą ilości wydzielania żółci wiąże się fakt istniejącej korelacji między wątrobą a nerkami, która może ujawnić się w odpowiednich warunkach.

Psom na pokarmie węglowodanowym (rzadka mamałyga), posolonym 5 gr soli kuchennej wlewano po 300 cm³ 50⁰ C. gorącej wody do żołądka i badano ilość żółci wydzielonej po tym bodźcu oraz ilość dobową moczu.

Po 3 dniach tych oznaczeń zaczęto wieczorem nawadniać ustrój przez dodanie jeszcze 500 cm³ wody wodociągowej zimnej, czyli wprowadzono nadmiar wody.

Efekt był niedwuznaczny. Ilość żółci zaczęła maleć z dnia na dzień, natomiast ilość moczu rosła, pod koniec wywożąc z ustroju bardzo duże jej ilości.

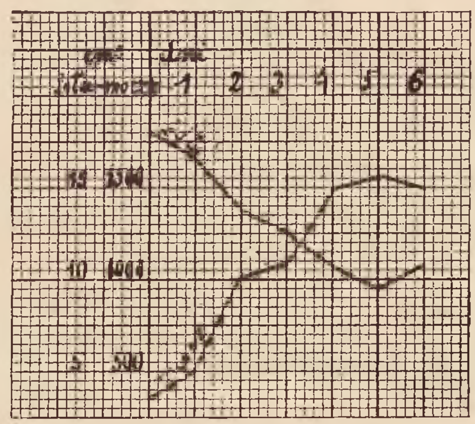
Ilość żółci malała:

dni	1	2	3	4	5	6
cm.³ żółci	16,6	13,7	12,6	10,6	9,5	10,8

Ilość moczu rosła:

dni	1	2	3	4	5	6
cm.³ żółci	500	1015	1075	1500	1550	1500

Wyniki te przedstawione graficznie wyglądają:



Wiemy z doświadczeń Brugscha i Horstersa, że środki moczopędne, szczególnie kofeina, zmniejszają ilość żółci. Przy żółtaczce zaś i w pewnych schorzeniach wątroby następuje zatrzymanie wody w ustroju i często złe wydzielanie tejże przez nerki (Landau i Pap). Próby wodne Volharda dają w tych przypadkach rozwodnienia krwi dłużej trwające niż normalnie. Według Picka i Wagnera wątroba poza mechanicznem regulowaniem gospodarki wodnej, reguluje ją jeszcze drogą hormonalną na odległość. Po wycięciu wątroby żabie nie przychodzi bowiem do diurezy po kofeinie. W końcu Nissen, Müller i Barbera zauważyli, że nadwyżka wody raz podana nie wpływa na wzmożenie się ilości i składu żółci.

Wyniki moje uwzględniające także i ilość moczu wskazują również na współzależność nerek od wątroby. Wątroba wchłonąwszy nadmiar wody, a mając za wysoki już stan wody zapasowej musi usunąć nadwyżkę tejże z ustroju i to drogą najłatwiejszą, na którą zresztą ma wpływ, przez nerki.

Usunięcie zaś nadmierne wody odpowiada hiperkompenzacyjnej zdolności wielu organów.

Zresztą, jak wiemy sprawa regulacji wody wchodzi jeszcze w zakres wpływów gruczołów dokrewnych i ośrodków nerwowych.

XI.

Wnioski:

1) Bodziec wodny zimny, który nie odciąga wody zapasowej z wątroby do jelit lub innych tkanek ustrojowych, powoduje zwiększenie się ilości wydzielonej żółci.

2) Bodźce wodne z dużą zawartością kwasu węglowego przy niskim stanie wody zapasowej w wątrobie, nawadniają najpierw komórki wątrobowe, a następnie powodują zwiększenie się wydzielania żółci.

3) Bodźce wodne ciepłe zwiększają ilość wydzielonej żółci przez 2 —3 godzin po wlaniu.

4) Wogóle w bodźcach wodnych ilość żółci rośnie nagle, ale krótko.

5) Zwykła woda pitna powoduje najobfitsze zwiększenie ilości żółci.

6) Woda sodowa i szczawa żelazista „Słotwinka" wykazuje także ilościowy wzrost żółci.

7) Woda alkaliczna ze źródła Zubera w Krynicy, wykazuje stałe obniżanie się ilości żółci po jej wprowadzeniu, szczególnie w drugiej i trzeciej godzinie. Objaw ten przypisać należy odciąganiu wody z wątroby szczególnie do tkanki łącznej pod wpływem wchłoniętego chlorku i dwuwęglanu sodowego. Odciąganie wody z wątroby narasta dopiero w drugiej i trzeciej godzinie, t. j. wtedy, kiedy sole powyższe dopiero zostaną zresorbowane i zaczną rozwijać swe działanie.

8) Podobnie jest przy soli morszyńskiej, gdzie pod wpływem hipertonicznych soli gorzkich i glauberskich, wątroba, posiadająca w wodzie zapasowej najbardziej ruchomą jej rezerwę, oddaje ją natychmiastowo do jelit. Strata wodna wody zapasowej odbija się na produkcji żółci, której ilość zaraz w pierwszej godzinie maleje o 40%. Ale i następne porcje żółci stale się zmniejszają, gdyż zapotrzebowanie wody do izotonizacji soli przeczyszczających zawartych w jelicie trwa długo. Chlorki grają tutaj tylko rolę poboczną.

9) To samo odnosi się do soli glauberskiej karlsbadzkiej. Jest atoli modyfikowane dwuwęglanem i chlorkiem sodowym, znajdującym się równocześnie w solach karlsbadzkich, a które miasto do jelit odciągają wodę do innych tkanek ustrojowych.

10) Po wcześniejszem nawodnieniu ustroju, drugi bodziec wodny powoduje wydzielenie większych ilości żółci rozrzedzonej i jaśniejszej, niż normalnie.

11) Żółć „pęcherzykowa typowa" zjawia się rzadko i nie jest charakterystyczną dla jakiegoś bodźca.

12) Wszystkie te spostrzeżenia odnoszą się do bodźców raz tylko w odstępie kilkudniowym stosowanych, a nie podawanych serjami dzień po dniu.

13) Nadmiar wody zwykłej, podawany przez kilka dni, powodując zwiększone moczenie, zmniejsza równocześnie ilość wydzielonej żółci.

C. d. n.

Dr. med. Zygmunt MESSING. Warszawa.
Adjunkt klin. neurol. Uniw. Warszawskiego.

Myopatja i vitiligo.

Z kliniki chorób nerwowych Uniw. Warsz.
Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Pomimo trzyćwierćwiekowych badań nad myopatją niedaleko posunęliśmy się w znajomości patogenezy tego cierpienia. Pośmiertne badania mikroskopowe wykazują wybitne zmiany w układzie mięśniowym i przeważnie brak zmian pierwotnych w układzie nerwowym. W ostatnich czasach badacze japońscy (Kuré, Ken i Masuo Shimbo[1]) wysuwają hypotezę, uzależniając myopatję od zmian anatomicznych w układzie sympatycznym. Hypotezę tę popierają następującemi okolicznościami. Jeżeli u psów i małp przeciąć przednie korzonki nerwu przeponowego to występuje prosty zanik wskutek nieczynności; zupełne zwyrodnienie występuje dopiero po przecięciu sympatycznych włókien i wtedy obraz mikroskopowy mięśni przypomina postępujący zanik mięśni.

Przypadek *), który mam zamiar poniżej przytoczyć, mógłby być rozpatrywany pod kątem widzenia hypotezy japońskich badaczy.

Ludwika G. 28-letnia służąca, niezamężna, twierdzi, że choruje dopiero od 3 lat. Od czasu przebytej wtedy hiszpanki i tyfusu plamistego zaczęła uczuwać ból w krzyżu i w nogach, a od marca 1924 roku zaczęły wybitnie słabnąć nogi; chora ma w nich nadto uczucie, jakby miała je związane. Zawsze przedtem była zdrowa. Zwraca uwagę późne wystąpienie miesiączkowania, w 19-ym roku życia, które zresztą zawsze było prawidłowe, choć nie bardzo obfite. Rodzina wogóle zdrowa. Nikt w bliższej ani dalszej rodzinie nie cierpiał na podobną chorobę.

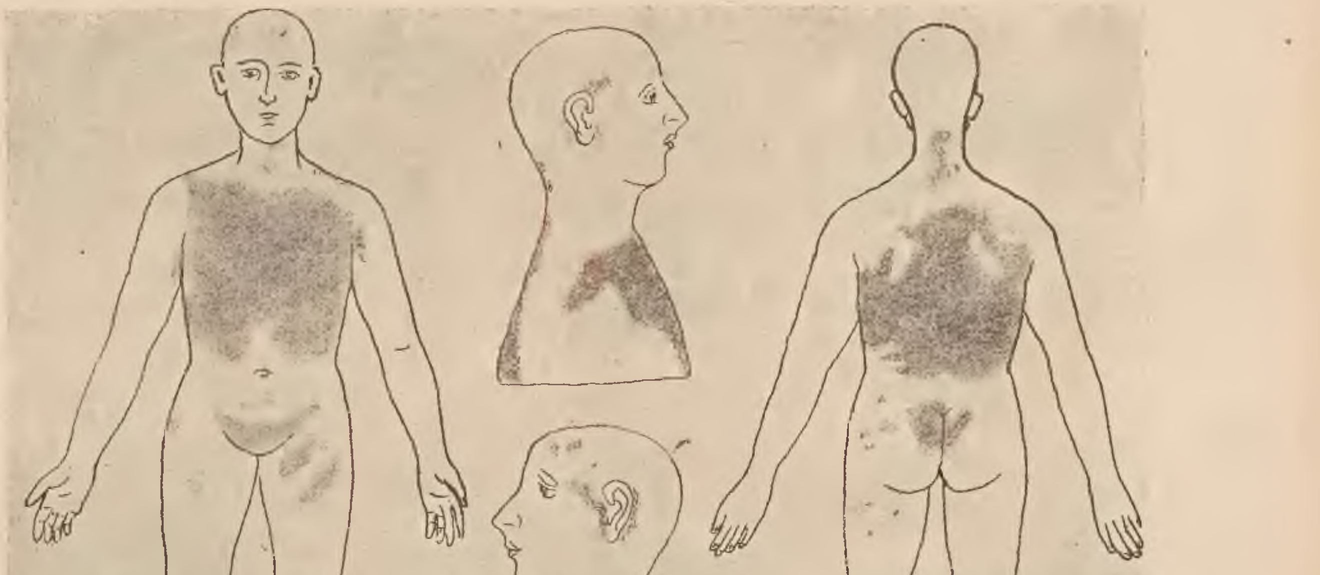
Stan przedmiotowy: Prawidłowej budowy. Skóra twarzy o zabarwieniu ciemnem, jakby opalona. Na górnej części szyi, tylko nieznacznie zachodząc na twarz, na karku, piersiach, plecach i brzuchu rozległe białe plamy *vitiligo*. Plamy te zachodzą cokolwiek na górną połowę ud. Plamy *vitiligo* występują na tle wzmożonej pigmentacji skóry. Pigmentacja szczególnie silnie zaznaczona jest w obrębie pasa barkowego i pasa miednicowego. Odbarwienie brodawek. (rys. 1). Plamy *vitiligo* są odznaczone barwą ciemną. Skóra na przedramionach jest zgrubiała.

Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz o składzie prawidłowym. Badanie krwi: Hb. — 60. C. b. — 7600. C. cz. — 2.400.000, obojętnochłon. — 52%, kwasochł. — 3,2%, zasadochł. — 0%, limfocyt. — 41,6%, przejściowych — 3.2%.

Badanie układu nerwowego. Nerwy czaszkowe. Lewa źrenica jest nieco szersza od prawej; obie źrenice nie są zupełnie okrągłe, jednak oddziaływają na światło i przystosowanie sprawnie. Lewy żwacz gorzej się napina. Cały lewy nerw twarzowy cokolwiek słabszy od prawego. Zresztą nerwy czaszkowe bez zmian.

Tułów. W stojącej pozycji chorej uderzają odstające łopatki, wygięcie dolnej piersiowej części kręgosłupa ku przodowi i na lewo, w ten sposób, że prawe ramię jest ustawione cokolwiek niżej od lewego. Ponadto zwraca u chorej uwagę „talja osy". Chora jest w stanie stać bez cudzej pomocy. Również i chodzi sama, choć z trudem, powłócząc nogi, ledwo odrywając stopy od ziemi, przyczem stopy zwisają. Jeżeli się pochyli, nie może się potem wyprostować. Położona na ziemi, powstaje, jak typowy myopatyk.

Zupełny brak następujących mięśni: prawego piłowatego przedniego, mięśnia czworobocznego w jego części dolnej i środkowej, lewych pod- i nadgrzebieniowych, mięśni obłych i najszerszych grzbietu po obu stronach, mięśnia piersiowego większego



*) Przypadek ten był pokazywany na posiedzeniu Warsz. Tow. Neurologicznego w czerwcu 1925 r. i na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego dnia 1 grudnia 1925 r.

po lewej stronie. Natomiast mięśnie mostkowo-obojczykowo-sutkowy lewy, piłowaty przedni lewy, unoszący kąt łopatki, piersiowy większy prawy i międzyżebrowe są w większym lub w mniejszym stopniu zanikłe. Uderza rzadko widywany przerost mięśnia podłopatkowego prawego. Wskutek wyżej opisanych zaników chora nie może wykonywać ruchów łopatek i kończyn górnych powyżej poziomu.

Z mięśni brzucha działają tylko proste, boczne są porażone, wskutek czego tworzy się boczna przepuklina brzuszna. Środkowych i dolnych odruchów brzusznych brak, natomiast górne są tak żywe, że dają się wywołać z całej powierzchni brzucha.

Uderza wzmożona mechaniczna pobudliwość mięśni tułowia.

Górne kończyny. Mięsień naramienny zanikły, jednak miejscami wyczuwa się zgrubienia guzowate. Z prawej strony brak mięśnia długiego odwracającego przedramię, dwugłowy raczej przerosły, lecz słaby, z trójgłowego pozostała tylko głowa długa, mimo to nie wykazuje on żadnej siły. Pozostałe mięśnie działają dość sprawnie.

Po lewej stronie brak całego m. trójgłowego, dwugłowego i odwracającego przedramię. Prostowniki palców niedowładne z wyjątkiem prostownika kciuka i V palca, prostowniki nadgarstka zupełnie porażone. Zginacze funkcjonują dość sprawnie.

Odruchy ś.-o. na prawej kończynie górnej są wzmożone. Odruch mięśnia trójgłowego bywa „inertowany", zamiast ruchu wyprostnego występuje nawracanie, a przy wywoływaniu odruchu z kości sprychowej zjawia się supinacja przedramienna.

Dolne kończyny. Niedowład mięśnia lędźwiowego, po lewej stronie większy. Znaczny niedowład ruchu wyprostnego w stawach biodrowych, zwłaszcza z lewej strony. Przywodziciele napinają się tylko po lewej stronie. Ruch wyprostny kolana dobry. Zginacze słabe, zwłaszcza lewy. Ruch wyprostny stopy z obu stron silnie osłabiony, natomiast zginanie podeszwowe wykonywane jest z dobrą siłą. Ruchy palcami sprawne.

Mięśnie łydek przerosłe. Przykurcz mięśni lewej łydki. Skłonność palców nogi do nadmiernego wyprostowania pierwszych członków.

Przy wywoływaniu odruchu kolanowego po stronie prawej mięsień czworogłowy prawie się nie napina, natomiast występuje żywe przywodzenie i skręcanie nazewnątrz. Odruch kolanowy lewy słaby. Odruchy Achillesa zachowane. Odruchów kurczowych brak.

Badanie elektryczne wykazało tylko osłabienie, lub brak pobudliwości elektrycznej odpowiednio do stopnia zaniku.

Nakłucie lędźwiowe: stosunki prawidłowe, poza pewnem wzmożeniem ciśnienia.

Odczyn Bordet-Wassermanna w płynie i we krwi ujemny.

Ze strony gruczołów dokrewnych brak zaburzeń. Brak objawu Chwostka.

Badanie układu wegetatywnego: Próba Danielopula wykazała normalne napięcie układu sympatycznego obok lekkiej hipowagotonji. Po pilokarpinie pocenie wyraźniejsze po lewej stronie ciała. Odruch włosoruchowy prawidłowy.

Chora nasza przedstawia charakterystyczne cechy myopatji typu Er b'a (forma młodzieńcza, łopatkowo-ramieniowa), co do rozpoznania tego, nie zachodzą wątpliwości. Są jednak pewne niezwykłe cechy w tym przypadku, które zasługują na omówienie.

Przedewszystkiem uderza szybki rozwój cierpienia, trwającego, według słów chorej, najwyżej trzy lata. Co jednak ważniejsze, spotykamy w obrazie klinicznym objawy, nie należące do myopatji, mianowicie nierówność źrenic, nieprawidłowości odruchów — wzmożenie i odwrócenie niektórych, — wreszcie wzmożenie pocenia po pilokarpinie po jednej stronie ciała i wzmożenie pobudliwości mechanicznej mięśni. Nakoniec na skórze chorej naszej widzimy obszerne plamy *vitiligo*, które umiejscawiają się na piersiach, plecach i w mniejszym stopniu w okolicy pasa barkowego i miednicowego (zob. ryc.). Na granicy plam *vitiligo* znajduje się szeroki pas ciemniej zabarwionej skóry, nieznacznie przechodzący w normalną.

Już od 1886 roku (Lebrun[6]) przebłyskuje myśl o nerwowem pochodzeniu vitiligo. Myśl tę uporczywie podkreślają zwłaszcza badacze francuscy. Ballet i Bauer[2]) opisali *vitiligo* w wiądzie rdzenia, P. Marie[12]) — w chorobie Basedowa, Dalton[4]), Oudard[13]), Sergent[14]), Laignel-Lavastine[3]) w chorobie Addisona. Bardzo często spotykano *vitiligo* w przebiegu kiły i wtedy kombinowała się ona z odczynem oponowym. Przeważnie uważana jest *vitiligo* za zaburzenie odżywczo-nerwowe, a Gaucher-Gaugerot[3]) mówią wprost o sympatycznem jej pochodzeniu. Za nerwowem pochodzeniem *vitiligo* przemawiają obserwacje zaburzeń czucia w obrębie plam odbarwionej skóry (Kreiblich[10]), stwierdzono mianowicie, że w miejscach zabarwionych chorzy lepiej odczuwali podrażnienia chemiczne i cieplikowe, niż w miejscach odbarwionych.

Wobec tego, że *vitiligo* często kombinuje się z różnemi schorzeniami rdzenia, że często umiejscawia się symetrycznie odpowiednio do odcinków lub korzonków, są różni badacze (Bacaloglu et Parhon[1]), Levy-Fränkel et Juster[9]), Leri et Lamy[8]), Leri[7]) zdania, że jest ona następstwem schorzenia rdzenia, bądź jego korzonków. Bacaloglu i Parhon[1]) idą nawet dalej i w swoim przypadku tłumaczą powstawanie *vitiligo* która miała kształt pasa, obustronnem uszkodzeniem jąder sympatycznych odpowiedniej okolicy rdzenia; tegoż zdania są Levy-Fränkel i Juster[9]).

O ile te hypotezy okażą się uzasadnione, możnaby w naszym przypadku wiązać *vitiligo* ze sprawą anatomiczną, zajmującą jądra sympatyczne w rdzeniu. Mogłoby przemawiać za tem prawie symetryczne umiejscowienie plam na skórze, mianowicie w miejscach najsilniej zajętych mięśni, w obrębie tułowia, pasa barkowego, i pasa miednicowego. Uszeregowując obok *vitiligo* objawy nietypowe naszego przypadku, nierówność źrenic, żywość i inwersję odruchów głębokich i może w związku z żywością odruchów stojące wzmożenie pobudliwości mechanicznej mięśni, połowiczą nierównomierność oddziaływania pilokarpinowego, możemy z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić w naszym przypadku współistnienie *syringomyelji*, niemal utajonej, obok myopatji. *Vitiligo* więc, która pojęta jako objaw odżywczo-nerwowy, zależny od zmiany anatomicznej w układzie sympatycznym, mogłaby na pozór podtrzymywać hypotezę japońskich badaczy, zwłaszcza ze względu na rozmieszczenie swe w okolicach uprzywilejowanych przez chorobę mięśniową — w naszym przypadku znajduje inne wytłumaczenie, a to w przypuszczalnie istniejącej równocześnie jamistości rdzenia.

Na zakończenie przytaczamy argumenty, które zdaniem naszem wykluczają możliwość tłumaczenia całokształtu obrazów chorobowych li tylko wspomnianem schorzeniem rdzeniowem. Za istnieniem myopatji przemawiają niezbicie: doszczętny brak wielu mięśni, porażenie niektórych mięśni objętościowo niezmienionych, guzowate pogrubienia w zanikłym mięśniu naramiennym, lekkie zajęcie mięśni twarzowych, wreszcie typowe rozmieszczenie zaników i niedowładów. Musimy też przyznać, że nie wyobrażamy sobie anatomicznie jamistości rdzenia, która przy tak rozległem i obustronnem zajęciu rogów przednich mogłaby nie dać zaburzeń czucia.

Piśmiennictwo:

1) Bacaloglu et Parhon: Cyt. u. Leignel-Lavastine. — 2) Ballet G. et Bauer. So. Neurol., fev. 1902. — 3) Gaucher et Gougerot: Cyt. u. Laignel-Levastine. Pathologie du Sympathique). 1924. p. 494. — 4) Dalton. So. Royale des méd. de Londres, 8 mai. 1908. — Laignel-Lavastine. Arch. gén. de méd. Oct. 1904. p. 2497—2520. — 6) Lebrun. Vitiligo d'origine nerveuse. Thése Lille. 1886. — 7) Léri: Bull de la Soc. franc. de derm. et de Syphiligr. 1923., Nr. 3 S. 130—133. — 8) A. Lériet L. Lamy. Bull de la Soc. franc. de dermat. et Syphiligr. 1923. Nr. 3. S. 127—130. (Cyt. Centralblatt f. d. Neur. u. Psych. 1923. S. 359). 9) Lévy-Fränckel et Juster. So. de dermat. 9. nov. 1922. P. M. 18. nov. p. 1000. — 10.) Kreibich. Cyt. w Müller: Die Lebensnerven. 1924. str. 407. 11) Kuré Ken und Masuo Shimbo. Zeitschrift f. d. ges. exp. Med. Bd. 26. H. 3—6. S. 190—215. 1922. (cyt. według Zentr. bl. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 29. str. 91.). — 12) Pierre Marie. France méd. 14 août. 1886. p. 1109., — 13) Oudard. Soc. méd. des Hôp. 27 janv. 1922. p. 184—188. — 14) Sergent. Presse méd. 12 oct. 1921.

Z PRAKTYKI.

A. LANDAU, M. FEIGIN i I. LEWICKI. Warszawa.

O dożylnem stosowaniu salicylanu sodu.

Z I-go oddziału wewn. szpitala Wolskiego.
Ordynator: Dr. A. Landau.

Stosując od szeregu lat w leczeniu ostrego reumatyzmu stawowego duże dawki salicylanu sodu (6—8—10 gr dziennie, nb. z podwójną ilością dwuwęglanu sodu według Danielopolu), podawanego doustnie jednocześnie z kwasem salicylowym (3 razy dziennie po 0,5 plus tyleż dwuwęglanu sodowego), przeważnie z bardzo dobremi wynikami, przekonaliśmy się wielokrotnie, iż skuteczność tej terapji zależy od dostatecznie szybkiego i masywnego działania leku na ustrój. Tam gdzie małe i średnie dawki salicylu nie działają prawie zupełnie, szybkie wprowadzenie dużej jego ilości okazuje często magiczny wprost wpływ na przebieg zakażenia, jak to zresztą niedawno podkreślał Danielopolu w jednym ze swych artykułów, dotyczących tej sprawy. Od kilku miesięcy zaczęliśmy

próbować wprowadzania salicylany sodu dożylnie w możliwie znacznej ilości, aby w ten sposób, omijając krążenie żyły wrotnej w wątrobie, otrzymać bezpośrednio i możliwie jaknajbardziej intensywne oraz szybkie działanie na czynnik zakaźny. Zachęciły nas do tego wyniki badań Modrakowskiego nad korzystnym wpływem salicylu na układ krążenia, przypominającym działanie kamfory. Powtóre wprowadzając salicylan sodu pozażądkowo, unikamy wymiotów i przykrych sensacji, towarzyszących często przyjmowaniu znacznych ilości tego środka doustnie. Rozpoczęliśmy tedy od zastrzykiwania 1,5—2,0 gr. natr. salic. dziennie w 30%-ym roztworze wodnym, ewentualnie z dodatkiem 0,2—0,3 gr. kofeiny na dawkę. 30%-y rozczyn salicylanu sodu, wprowadzony dokładnie do żyły przegubu łokciowego, nie daje żadnego odczynu miejscowego, tylko w wyjątkowych wypadkach chorzy doznawali nieprzyjemnych sensacji w ramieniu, które trwały parę chwil. Rozczyny bardziej stężone, np. 40%, nieraz powodowały objawy zapalne w miejscu zastrzyku i lepiej jest ich unikać.

Danielopolu, pobieżnie wspominając o dożylnem stosowaniu salicylanu sodu, powiada, iż sposób ten nie przedstawia żadnych korzyści, przeciwnie — raczej niedogodności („des inconvenients"). Nie wiemy, na czem tak doświadczony zresztą autor opiera podobnie niekorzystny sąd, albowiem wyniki, otrzymane na naszym materjale klinicznym, a które tu w ogólnych zarysach przedstawić zamierzamy, są ogromnie zachęcające. Zaznaczamy odrazu na wstępie, iż bynajmniej nie można uważać wprowadzenia 2:0 gr. salicylanu sodu dożylnie pro die (dawkę tę przekraczaliśmy rzadko i niechętnie) za wystarczającą i dostateczną terapję spraw, związanych z ostrem zakażeniem reumatycznem. Jest to tylko bardzo wygodny i skuteczny czynnik pomocniczy w walce z ciężkiem i nieraz bardzo uporczywem zakażeniem. Czynnik ten, którego główną zaletą jest szybkie i bezpośrednie działanie, nieosiągalne wprost przy podawaniu doustnem, bynajmniej nie wyłącza stosowania szeregu leków, używanych zwykle w tych przyp., a przedewszystkiem wprowadzenia do ustroju doustnego odpowiednich ilości salicylu, aby osiągnąć nim dostateczne nasycenie ustroju. Przeto, wprowadzając dożylnie 2,0 gr. salicylanu sodu, podajemy jednocześnie doustnie 3 x 1,0 gr. *Natr. salic.* plus 3 x 0,5 gr. *acidi salic.* (nb. z dwuwęglanem sodu). Dawki powyższe uważamy za minimalne; od nich zazwyczaj rozpoczynamy leczenie chorych z ostrym reumatyzmem stawowym. W większości przypadków okazują się one również dostateczne.

Otóż w przypadkach ostrego reumatyzmu stawowego ze znaczną bolesnością i obrzmieniem wielu stawów, wysoką ciepłotą i złem samopoczuciem zastrzyk dożylny 2,0 gr. salicylanu sodu zastosowany zaraz po przybyciu chorego na oddział, częstokroć powoduje niemal natychmiastową, bo w przeciągu paru kwadransów, ogromną poprawę podmiotową i znaczne uspokojenie bólów, a w przeciągu następnych kilku , wzgl. kilkunastu godzin przy dostatecznem doustnem salicylowaniu ustroju uzyskujemy znaczny, często zupełny spadek ciepłoty i zmniejszenie, czasami nawet zniknięcie obrzmienia stawów, które odzyskują normalną ruchomość.

W całym szeregu przypadków ograniczyliśmy, experimenti causa, dowóz salicylanu sodu do zastrzyku dożylnego 2 ew. 3 gr. leku pro die w ciągu pierwszych dwu do trzech dni pobytu chorego na oddziele. W niektórych przypadkach skutek już jednorazowego zastrzyku czynił na obserwującym lekarzu wrażenie cudownego wprost zwrotu w chorobie. Dawało się to jednak nie zawsze zauważyć już po pierwszym zastrzyku, czasami, dopiero po drugim lub nawet trzecim. Ta raptowna zmiana na lepsze uzyskana pod wpływem jednego lub paru zastrzyków salicyl. sodu bynajmniej nie upoważnia nas do uważania leczenia za skończone. Przeciwnie, stosować należy salicyl nadal zarówno doustnie jak i w zastrzykach, by możliwość nawrotów i powikłań doprowadzić do minimum. W każdym razie podkreślić należy, iż przy żadnym innym sposobie leczenia nie otrzymaliśmy tak szybkiego i znacznego wyniku pomyślnego podmiotowego i przedmiotowego, które nieraz sprawia wrażenie wprost poronnego wyleczenia. Jednak nie zawsze i nie wszędzie efekt ten jest równie jaskrawy, przybywają bowiem na nasz oddział szpitalny przypadki w różnych okresach, częstokroć już zadawnione, z ciężkiemi powikłaniami. Bądź co bądź na podstawie dotychczasowego doświadczenia możemy prawie z całą pewnością twierdzić, iż zastrzyki te, stosowane obok terapji doustnej zaraz na początku choroby nie tylko skróciłyby jej trwanie do minimum, ale w znacznym odsetku, jeżeli nie we wszystkich przypadkach, zapobiegłyby powikłaniom trwałym ze strony serca, lub przelotnym ze strony błon surowiczych i t. d., ewentualnie przytępiłyby ich gwałtowność. Ten bowiem sposób postępowania leczniczego daje maksimum działania w minimum czasu, co, jak słusznie zaznacza Danielopolu, ma w leczeniu ostrego reumatyzmu stawowego decydujące znaczenie.

Oto dla przykładu przypadek I. Chory G. R., Nr. 2009, lat 28 murarz z zawodu, przed 6 miesiącami miał bole i obrzęki w wielu stawach oraz ciepłotę do 39°. Leczył się wtedy w domu i po upływie 4 tygodni wrócił do zdrowia. Obecnie, od tygodnia nawrót tej samej sprawy ze znaczną bolesnością, obrzmieniem i ograniczeniem ruchów w obydwóch stawach ramieniowych, kolanowych, prawym nadgarstkowym i prawym skokowym. Ciepłota 38,6°. Po zaleceniu naszego zwykłego leczenia salicylowego doustnie (3×1.0 gr. natr. salic. plus 3×0,5 acidi salic.) chory w ciągu 4 dni poprawił się bardzo, bolesność i obrzmienie stawów zmniejszyły się znacznie, jednak ciepłota obniżyła się tylko do 37.8°. Czwartego dnia pobytu zastosowano zastrzyk dożylny 6,5 cm³ 33% roztworu salicylanu sodu — był to jeden z pierwszych naszych przypadków tego rodzaju. Już następnego dnia notowano w karcie: „bolesność we wszystkich zajętych stawach znikła zupełnie"; ciepłota 3-go dnia po zastrzyku wróciła do normy na stałe. (doustne podawanie salicylu trwało dalej, jak powyżej), a w tydzień potem pacjent został wypisany na własne żądanie bez żadnych dolegliwości stawowych. Tu więc jeden tylko zastrzyk przyczynił się ogromnie do skrócenia choroby i rychłego usunięcia dokuczliwych objawów stawowych i gorączki.

Doskonałą ilustracją działania zastrzyków salicylu są następujące przypadki.

Przypadek II. (p. Tabl. I.) Chora S. M. Nr. 2046, lat 35 w tydzień po przebytej anginie dostała dreszczów, wysokiej ciepłoty oraz bolów, stopniowo rozszerzających się na wszystkie stawy i kręgosłup. Po 10 dniach tych dolegliwości przybyła dnia 1. XII. ub. r. na nasz oddział z ciepłotą 39,3—38,4°, z obrzękiem obu stawów kolanowych (rzepki skaczące), nadgarstkowego prawego, śródgarstkowo-paliczkowego 2-go palca prawej dłoni; bolesnością i ograniczeniem ruchów czynnych i biernych w wyż. wymienionych stawach w stopniu znacznym, w mniejszym nieco stopniu w stawach barkowych, skokowych i śródstopowo-palcowych obydwóch stóp, ze szmerem skurczowym na koniuszku serca i akcentowanym drugim tonem tętnicy płucnej. U chorej tej rozpoznaliśmy: *rheumatismus artic. acutus, endocarditis rheumatica, insuffic. valv. mitralis.* Dnia 3. XII. ub. r. otrzymała 2,0 gr. salicylanu sodu w 40% roztworze, oraz 4×1,0 gr. natr. salic i 3×0,5 gr. acidi salic. doustnie. Dnia 4. XII. powtórzono zastrzyk salicylu, dalej stosowano już tylko doustnie podawanie leku.

I oto ciepłota d. 5. XII. opadła do 37°, a od 6-go utrzymywała się definitywnie poniżej 37°. W adnotacji szpitalnej czytamy: „Już w kilka godzin po pierwszym zastrzyku (t. j. jeszcze przed rozpoczęciem doustnego podawania salicylu) wystąpiła znaczna poprawa subjektywna, stawy kolanowe znacznie mniej bolesne, obrzęk mniejszy; w innych stawach bolesność zupełnie ustąpiła, ruchy bierne i czynne całkowicie wolne".

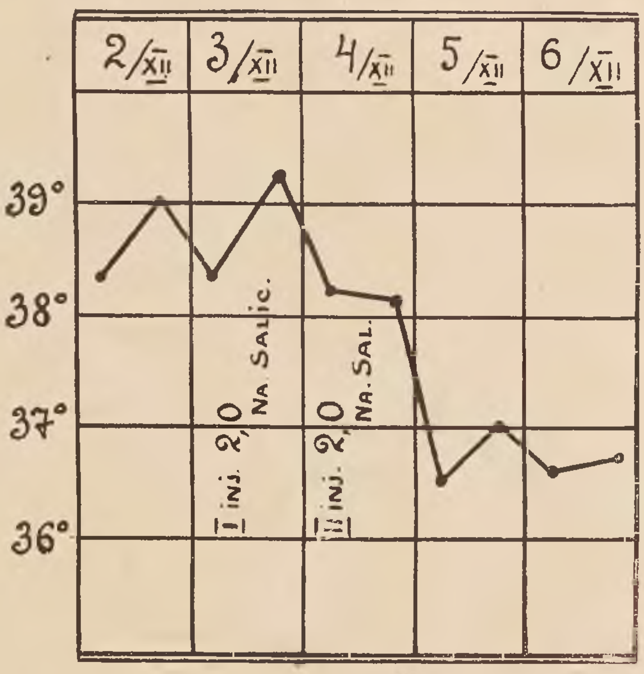
Dnia 5. XII. (t. j. po 2-im zastrzyku) stawy kolanowe zupełnie nieobrzmiałe, rzepka nie balotuje, ruchy dostateczne. Dnia 6-go grudnia wszystkie stawy nieobrzmiałe, niebolesne. Ruchy zachowane, ciepłota 37—36,6°. Tętno 84. W sercu szmer skurczowy przy wierzchołku i wzmożenie II. tonu nad tętnicą płucną wysłuchuje się nadal.

W dalszym przebiegu chora, pobierając stale salicyl doustnie w zwykłej dawce, miała od dn. 13. XII. do 15. XII. nawrót bolów w stawach łokciowych, kolanowych i lewym barkowym — zresztą bez wzniesienia ciepłoty. 15. XII. otrzymała w zastrzyku dożylnym 2,0 gr. salicylanu sodu, a 16. XII. notowano, iż wieczorem w dzień zastrzyku bole zupełnie ustąpiły. W dwa dni później, po dłuższem chodzeniu po sali i po schodach chora odczuwała znowu nieznaczne bole w stawach kolanowych i lewym barkowym. 18. XII. otrzymała 4-y i ostatni zastrzyk salicylu, po którym wszystkie dolegliwości stawowe ostatecznie ustąpiły. 5. I. r. b. pacjentka została wypisana bez żadnych dolegliwości stawowych.

W innym znowu przypadku III. (p. tabl. II. chora S. J., Nr. 2034, lat 20 (rheumatismus articulorum recidivans, endocarditis rheumatica, insuff. valv. mitralis) przybyła dnia 28. XII. r. ub. z powodu bólów i obrzmienia stawów kończyn górnych i dolnych, oraz bolów krzyża. Przed miesiącem chorowała na zapalenie gardła, a w kilka dni po przeminięciu tegoż wystąpiły bóle i nieznaczne obrzęki w obydwóch kostkach, oraz obrzmienie i bóle w 3-im palcu lewej dłoni. Po tygodniu dolegliwości te minęły, chora wróciła do pracy, odczuwając tylko łatwe męczenie się i czasami bicie serca. Na trzy dni przed przybyciem do szpitala nagle zjawiły się bóle we wszystkich stawach rąk i nóg oraz gorączka. Dnia 29. XI. stwierdzono na oddziale ciepłotę 38—38'3°, wyraźne obrzmienie stawów lewego nadgarstkowego, prawego kolanowego (duża ilość płynu w stawie, rzepka wyraźnie pływająca), oraz międzypalcowych dłoni lewej, poza tem silną bolesność przy ruchach czynnych i biernych stawów dotkniętych, jak również przy ucisku na nie; bolesność ruchów stwierdzono nadto w stawach

barkowych, łokciowych, w prawym nadgarstkowym, obydwu biodrowych i lewym kolanowym. Na koniuszku serca I ton ze szmerem skurczowym, przenoszącym się ku mostkowi. II nad tętnicą płucną akcentowany. Chora otrzymała zastrzyk dwóch gramów salicylanu sodu dożylnie, oraz zwykłą dawkę salicylu (3 łyżki salicylanu sodu plus 3 proszki kwasu salicylowego) doustnie. W kilka godzin po zastrzyku — jeszcze przed doustnem salicylowaniem — bóle ustąpiły; nazajutrz 30. XI. obrzmienie stawów kolanowego prawego i nadgarstkowego zupełnie znikło; olbrzymi wysięk surowiczy w prawem kolanie uległ całkowitemu wessaniu w ciągu kilkunastu godzin. Ruchy czynne i bierne prawie bezbolesne. Stawy na ucisk nieznacznie bolesne. Stawy międzypaliczkowe ręki lewej leciutko obrzmiałe. Po drugim zastrzyku salicylu dn. 30. XI. ciepłota opadła do normy, bolesność i obrzmienie wszystkich stawów zupełnie ustąpiły. Chora przebyła jeszcze miesiąc na oddziale. W ciągu tego czasu dwukrotnie miała przelotne bóle w stawach, zresztą bez podniesienia ciepłoty, które po zastrzyku salicylu z łatwością ustępowały. Dnia 4. I. r. b. chora wypisała się w zupełnie dobrym stanie. W ciągu całej kuracji otrzymała razem 4 zastrzyki salicylu.

TABLICA I



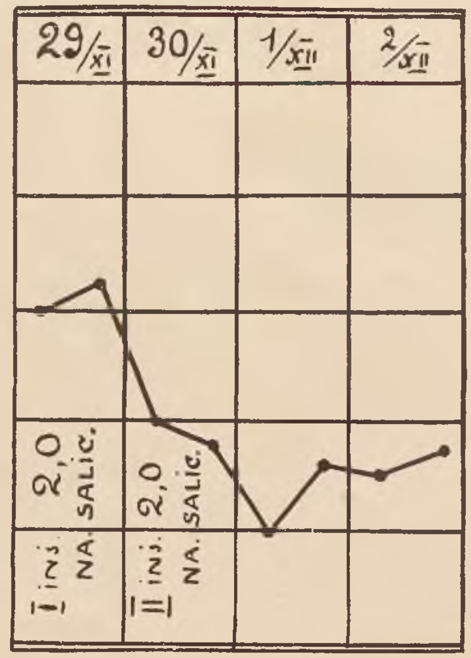
PRZYPADEK II

Przebieg w pozostałych dwudziestu paru przypadkach był w ogólnych zarysach taki sam.

Niezwykle pouczający jest następujący przypadek z praktyki prywatnej, o którym wspominamy tylko w ogólnych zarysach:

Przypadek IV. Chora E. E., lat 52, matka lekarza, dostaje dreszczy, bólów gardła z nalotami na obu migdałkach. Po 6 dniach objawy te przeszły i chora wstała. Po upływie 2-ch dni występują ponownie dreszcze, bóle we wszystkich stawach, nudności, wymioty; stan podgorączkowy. Salicyl, podawany doustnie (około 8 gr. natr. salicyl. pro die, lub 2 gr. acid. salicyl. + 2 gr. aspiryny), nie działa dostatecznie. Stan chorej pogarsza się z dnia na dzień. Ciepłota podnosi się do 38° i powyżej. Stawy, to te, to tamte, raz po raz obrzmiewają, są bardzo bolesne. Ruchy czynne i bierne w dotkniętych stawach są ograniczone. Nie przerywając salicylowania ustroju doustnie i w postaci maści, zaczęto stosować wstrzykiwania dożylne atofanylu i cylotropiny; ogółem w ciągu 4 tygodni chora otrzymała około 20 zastrzyków (chora wówczas znajdowała się nie pod naszą opieką lekarską). Poprawa była nieznaczna i przejściowa. Obrzmienia znikały w jednych stawach, by wkrótce zjawiać się w innych. Były wprawdzie kilkudniowe przerwy bezgorączkowe, naogół jednak stan chorej nie poprawiał się. Po 6 tygodniach takiego stanu (salicylowanie doustne trwało bez przerwy) wystąpił szmer skurczowy przy wierzchołku serca. Na początku 3-go miesiąca choroba nagle nasiliła się: ciepłota skoczyła do 39,5°; tętno około 120; większość stawów obrzmiała i silnie bolesna. Stan chorej stawał się coraz cięższym, a zwłaszcza niepokojące było powikłanie ze strony wsierdzia. W takim oto stanie widzieliśmy chorą po raz pierwszy i zaleciliśmy dożylne wstrzykiwania większych dawek salicylu obok digitalizacji serca. Już po pierwszym zastrzyku 2 gr. natr. salic. wystąpiło nieznaczne zmniejszenie bólów, a nazajutrz po 2,5 gr. natr. salic obrzmienia stawów znikły zupełnie, bóle znacznie osłabły. Chora otrzymała jeszcze 3 wstrzykiwania po 3 gr. natr. salic. codziennie w 40% roztworze, ogółem 5 zastrzyków. Po 3-cim zastrzyku ciepłota opadła do normy, a po ostatnim ze wszystkich objawów chorobowych pozostał tylko skurczowy szmer przy wierzchołku serca. W dalszym przebiegu (3 gr. natr. sal. plus 1,5 gr. acidi salic. pro die per os) chora w kilka dni później miała jeszcze przelotny nawrót bólów bez wzniesienia ciepłoty, które po 2-ch ponownych zastrzykach (po 3 gr. natr. salic.) zupełnie ustąpiły. Obecnie pacjentka ma się jaknajlepiej; zajmuje się gospodarstwem i wychodzi na ulicę.

TABLICA II



PRZYPADEK III

Szybkie znikanie obrzmień stawowych, oraz często natychmiastowy prawie spadek ciepłoty do normy po zastrzykiwaniach dożylnych salicylanu sodu skłoniły nas do stosowania ich również i w innych sprawach chorobowych o pokrewnej etjologji z reumatyzmem stawowym, a mianowicie w zapaleniu błon surowiczych (polyserositis acuta, pleuritis serosa acuta) i w różnych postaciach zapalenia wsierdzia.

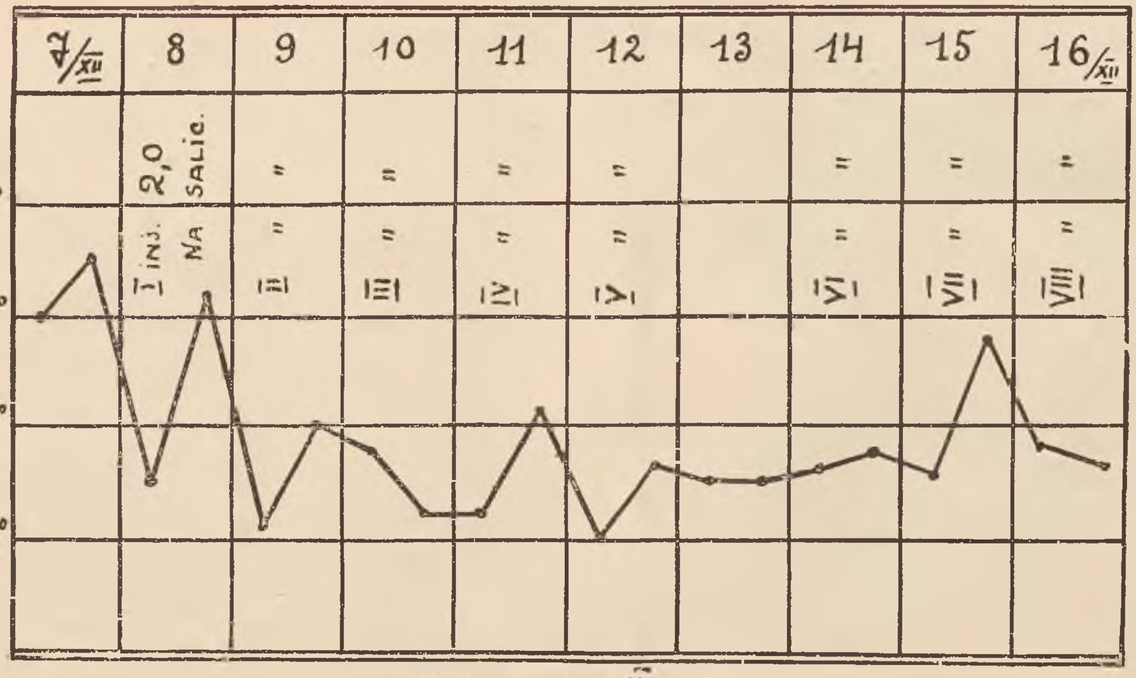
Wyniki okazały się i tutaj również bardzo zachęcające.

W V-ym przypadku zapalenia opłucnej (pleuritis serofibrinosa dextra) u chorej J. P., lat 16, już po pierwszym zastrzyku ciepłota z 37,6° opadła do 36°, a po drugim w zakresie stłumienia i zniesienia oddechu zjawił się szmer tarcia i osłabiony oddech. Chora otrzymała ogółem 4 zastrzyki. Po 4 tygodniach pobytu w szpitalu chora wypisała się z minimalnemi pozostałościami w dole prawego płuca.

Bardzo ciekawe wyniki uzyskaliśmy w 3-ch przypadkach zapalenia wsierdzia. W przypadku pierwszym (VI-ym) chory E. M., lat 19 po silnym bólu gardła od 5 tygodni odczuwa bicie serca, osłabienie, bóle w stawach (bez ich obrzmienia); ciepłota do 39° od początku choroby. Po pięciotygodniowem bez przerwy gorączkowaniu do 39° i wyżej zapisał się na nasz oddział i tu rozpoznano: *„endocarditis ulcero-verrucosa acuta, insufficientia valvularum aortae et mitralis; pleuritis serofibrinosa duplex, praec. sinistra; pericarditis fibrinososerosa"*, przy wybitnie skaczącej krzywej ciepłoty (38,6° wieczorem, 36,4° rano) i bardzo ciężkim stanie ogólnym.

Jak widać z załączonej krzywej ciepłoty, już po drugim zastrzyku salicylu (które w pierwszych dniach pobytu chorego stosowaliśmy codziennie w ilości 2,0 gr.) ciepłota obniżyła się do 37° i poniżej i odtąd utrzymuje się na poziomie poniżej 37° z nieznacznemi tylko odchyleniami raz na 6—8 dni. Po 19 zastrzykach salicylu ogólny stan chorego uległ wybitnemu polepszeniu. Początkowo niezwykle burzliwie i złośliwie przebiegające schorzenie zastawkowe pod wpływem leczenia złagodniało i przybrało postać bar-

TABLICA III.



PRZYPADEK VI.

dziej dobrotliwą, włóknistą. Chory oczywiście cały czas był na kuracji salicylowej doustnej, prócz innych środków nasercowych. Po zaprzestaniu wstrzykiwań salicylanu sodu ciepłota dwa razy jeszcze skoczyła do 38°; po 2-ch ponownych zastrzykach opadła wreszcie do normy na stałe. Chory po 9-tygodniowym pobycie opuścił szpital z bardzo znaczną poprawą; czynna sprawa zapalna na zastawkach została całkowicie zlikwidowana.

W innym znowu przypadku VII. chora Z. L., Nr. 1911., lat 27, z rozpoznaniem: *„endocarditis subacuta maligna (lenta); tumor lienis acutus, infarctus lienis et renum"*, od 1½ roku cierpi na krwiomocz, duszność, obrzęki w okolicy kostek; od kilku tygodni ciepłota jest stale i dość znacznie podniesiona. W moczu 4,5‰ białka, liczne krwinki w osadzie; ciepłota w szpitalu wieczorami do 39°.. Zaczęto stosować co drugi dzień zastrzyki salicylanu sodu. I oto w dniu zastrzyku ciepłota opadła do normy, ale wznosiła się znowu następnej doby do 38,2—38°. Po 5 zastrzykach krzywa ciepłoty naogół trzyma się w granicach 36,4° do 37,2°, wznosząc się tylko od czasu do czasu (raz na 7—8 dni), do 37,4°—37,6°. Stan ogólny uległ znacznej poprawie, białko w moczu zmniejszyło się do 1,5‰ i tak chora utrzymuje się już z górą 3 miesiące, z początku na samych zastrzykach salicylu, potem naprzemian z argoflawiną. Wprawdzie nie może być mowy tutaj o wygaśnięciu czynnej sprawy zastawkowej i przeistoczeniu jej w postać włóknistą, jak to miało miejsce w przypadku poprzednim, jednakże stwierdzić się daje wyraźny wpływ zastrzyków salicylanu sodu na złagodzenie sprawy: po kilkutygodniowej bezustannej gorączce uzyskaliśmy prawie paromiesięczną przerwę bezgorączkową.

Podobny skutek odniosło leczenie dożylne salicylem i w VIII. przypadku chorego W. A., lat 42, z rozpoznaniem: *„endocarditis verrucosa subacuta maligna; insufficientia et stenosis mitralis; infarctus lienis et renum"*, który od 8 miesięcy gorączkował, a obecnie po kilku zastrzykach salicylu zupełnie przestał gorączkować i uległ znacznej poprawie stanu ogólnego.

Te trzy ostatnie przypadki zasługują na specjalną uwagę ze względu na to, iż po raz pierwszy udało się nam w tej tak beznadziejnej i niepoddającej się żadnemu leczeniu sprawie chorobowej, jaką jest zapalenie złośliwe wsierdzia, uzyskać przerwę bezgorączkową i znaczne, wprawdzie czasowe, złagodzenie sprawy chorobowej. Wynikać się to zdaje z tego, iż salicyl ma jakiś wpływ na zakażenia paciorkowcami.

W przypadkach zadawnionego cierpienia, w przewlekłych postaciach reumatyzmu stawowego, wzgl. w innych schorzeniach na tle zakażenia reumatycznego —(np. rwa kulszowa, lumbago etc.) mieliśmy również możność kilkakrotnie stwierdzić dodatnie działanie zastrzyków salicylu, które, stosowane obok zwykłej w tych przypadkach terapji farmakologiczno-fizykalno-cieplnej często powodują szybkie uśmierzanie bolów i przyśpieszenie dodatniego wyniku leczniczego. Np. w przypadku IX chory K. A., N. 2151, lat 61 *(osteoarthritis deformans, emphysema pulmonum)*, od 3 miesięcy cierpi na bole, ograniczenie ruchów i zgrubienie stawów barkowego, łokciowego i drobnych stawów dłoni lewej kończyny górnej. Ostatnio był miesiąc w Krynicy, wrócił bez żadnej poprawy. Na oddziale naszym po 2 zastrzykach domięśniowych siarki, które wyraźnego efektu nie wywołały, rozpoczęto 21. XII. r. ub. dożylne zastrzyki po 2 gr. salicylanu sodu codziennie. 25. XII. notowano w karcie szpitalnej: „Ruchy w stawie barkowym kończyny górnej lewej znacznie się poprawiły, również i zginanie palców jest znacznie lepsze". 31. XII. chory po 2 tygodniowym pobycie w szpitalu wypisał się ze znaczną poprawą.

Na zakończenie wspomnieć nam wypada o jednej jeszcze kwestji, którą porusza również Danielopolu. Twierdzi on mianowicie, iż przykre sensacje, mdłości, zawrót i szum w głowie, nieraz wymioty, spostrzegane po podawaniu doustnem większych ilości salicylanu sodu, zależą od tego, że salicyl sprowadza zakwaszenie ustroju, wpływając na wzmożenie kwaśnych wartości we krwi i obniżając rezerwę alkaliczną osocza. Wychodząc z tego założenia Danielopolu zaleca dodawanie do salicylanu sodu jego dwuwęglanu, a mianowicie w ilości podwójnej.

Podobnie przykrych objawów nie spostrzegaliśmy po wstrzykiwaniu dożylnem, naraz 2-ch, a nawet 3 gr. salicylanu sodu; postanowiliśmy przeto sprawdzić, czy twierdzenie Danielopolu co do kwasicy posalicylowej jest słuszne.

Otóż, w całym szeregu przypadków badaliśmy wpływ zastrzyków salicylu na rezerwę zasad w osoczu, określając tę ostatnią według metody Van Slyke'a przed i w różnych odstępach czasu po zastrzyku (od 10 do 90 minut).

Tablica IV.

Rezerwa alkaliczna osocza przed i po zastrzykach dożylnych salicylu.

Nr.	Przed	po: 10 min.	15 m.	20 m.	30 m.	40 m.	45 m.	60 m.	90 m.
1	59,7	56,3							
2	60,1		57,4						
3	62,3			56,6		56,6		58,5	55,6
4	59,2				55,1				
5	56,5					50,7			
6	60,3						48,7		
7	56,6						49,9		

Jak widać z powyższej tablicy, zasób alkalij po zastrzyku ulegał zmniejszeniu. W większości przypadków deficyt zasad był minimalny, otrzymaliśmy bowiem wahania, które jeszcze znajdywały się w granicach wahań fizjologicznych (55—65). (Przypadki Nr. 1, 2, 3 i 4). W trzech jednak przypadkach obniżenie było znaczne (przyp. 5, 6 i 7), a zwłaszcza w przypadku Nr. 6, w którym ilość CO_2 w 100 cm^3 osocza zmniejszyła się z 60,3 przed zastrzykiem do 48,7 cm^3 CO_2 w 45 minut po zastrzyku salicylu. Jakkolwiek w naszych przypadkach stwierdziliśmy nieznaczne przesunięcia rezerwy alkalicznej w stronę kwaśną, jednak w żadnym nie spostrzegaliśmy ubocznych objawów żołądkowych, jakie często występują po doustnem salicylowaniu ustroju. Sądzimy przeto, iż nietolerancja salicylu zależna jest w znacznym stopniu od miejscowego jej działania na błonę śluzową żołądka; dodawanie zaś dwuwęglanu sodu do salicylu, według przepisu Danielopolu, ma działanie raczej miejscowe, żołądkowe, aniżeli ogólne.

Wnioski:

Podsumowując wyniki naszych kilkomiesięcznych spostrzeżeń z zastrzykiwaniem dożylnem salicylanu sodu w schorzeniach ostrych i przewlekłych, powstałych na tle zakażenia gośćcowego, przedewszystkiem wypada nam zaznaczyć, iż bynajmniej nie mamy zamiaru zastąpić doustnego salicylowania ustroju wyłącznie dożylnem wprowadzaniem leku. Natomiast z całym naciskiem musimy podkreślić, że ten nowy sposób skombinowanego leczenia zakażenia reumatycznego ma o tyle niewątpliwą przewagę nad wyłącznie doustnem doprowadzaniem salicylanu sodu, iż jesteśmy w stanie osiągnąć pożądany wynik leczniczy o wiele wydatniejszy i w znacznie krótszym przeciągu czasu, niż to bywało dawniej, a oprócz tego i w takich przypadkach, w których salicylowanie wyłącznie doustne całkowicie zawodzi.

Piśmiennictwo:

1) Danielopolu: La presse médicale Nr. 100. 1923. — 2) Modrakowski: Referat, wygłoszony na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w 1925 r.

Dr. R. HINZE. Rzeszów.

Sposób leczenia karbunkułów postępujących ust, sposobem Läwena.

Ze szpitala powsz. w Rzeszowie.

Sposób leczenia postępujących karbunkułów ust i twarzy nie przestaje żywo zajmować umysłów chirurgów i lekarzy praktycznych, oraz staje się tematem namiętnych dyskusji na zjazdach i zebraniach lekarskich.

I zupełnie słusznie; gdyż cierpienie to należy do nazłośliwszych jakie znamy i rok rocznie pociąga liczne ofiary pośród zdrowych i silnych osobników, a leczenie jego nie należy do zadań łatwych i prostych.

Kolega Dr. Gruca opisuje 12 przypadków wrzodzianek i karbunkułów twarzy, wyleczonych wstrzykiwaniami szczepionki Delbeta (propidonu). Z reguły wystarczy u tych chorych dwa zastrzyki do osiągnięcia pomyślnego rezultatu, a czas leczenia trwał od 5 do 12 dni. My stosowaliśmy również w ciągu ostatnich lat szczepionkę Delbeta (propidon) w przypadkach karbunkułów ust i twarzy, oraz karku i tułowia i aczkolwiek rozporządzamy znaczną ilością obserwacji to jednak nie możemy pochwalić się tak korzystnemi wynikami. Ale nie tylko nasze spostrzeżenia nie uprawniają nas do optymizmu ale i inni chirurdzy poczynili również smutne z tem cierpieniem doświadczenia.

I tak Walzel z kliniki Eiselsberga opisuje dwa przypadki karb. ust, oba śmiertelne i to tem smutniejsze, że oba te przypadki dotyczyły kolegów.

Friedmann uczeń Biera, próbował wszystkich sposobów leczenia tego cierpienia, między innemi zastrzyków wakcyny, i doszedł również do podobnych wyników; tak, że uważa te wstrzykiwania za bezskuteczne. Opisuje on dwa przypadki śmierci w toku leczenia.

My stosując zastrzyki propidonu przy karbunkułach twarzy, ust, karku i tułowia doszliśmy po kilkunastu obserwacjach do przekonania, że pomocne są one tylko w lekkich przypadkach i w tych tylko przypadkach oddają niekiedy cenne usługi.

Natomiast w przypadkach ciężkich, zwłaszcza przy postępujących karbunkułach ust i policzków, oraz przy karbunkułach tułowia są one bez wpływu, niekiedy nawet oddziaływują niekorzystnie.

Ażeby temat w którym mam zamiar głos zabrać bliżej określić zaznaczę, że stoję na stanowisku ścisłego podziału, pomiędzy karbunkułem ust i twarzy, a karbunkułem reszty ciała. Sposób bowiem rozwijania się i szerzenia cierpienia jest zasadniczo tu i tam inny. I tak gdy karbunkuł ust i twarzy rozszerza się na boki a w głąb dochodzi tylko do błony śluzowej, bo mu tylko na to stosunki anatomiczne pozwalają; to karbunkuł n. p. karku lub tułowia rozszerza się w promieniach kuli i zajmuje w głębi tkankę znacznie dalej jakbyto na pierwsze wejrzenie wydawać się mogło. (T. Bernard, Läwen).

Następnie: karbunkuł ust i twarzy szerząc się zakaża naczynia limfatyczne i żylne i tworzy groźne, niekiedy już po kilku dniach rozwijające się zakrzepy ropne w zatokach jamistych oczodołów; podczas gdy karbunkuł tułowia może rozwijać się tygodniami całemi zakażając zwolna cały organizm.

Nie mniej na podkreślenie zasługuje zdanie R. Dietricha, oceniające złośliwość karbunkułów twarzy stosownie do położenia ich do linji środkowej ciała.

A mianowicie im bliżej leży ognisko ropne do linji środkowej twarzy, tem zjadliwość jego jest większa.

Dlategoteż karbunkuły ust należą z reguły do najzłośliwszych.

Leczenie też karbunkułu zależnie od lokalizacji jest zasadniczo różne. Wątpię bardzo, czy znalazłby się dzisiaj chirurg leczący na zachowawcze sposoby przy karbunkule tułowia — podczas gdy większość lekarzy opowiedziała się za zachowawczym sposobem leczenia karbunkułu ust i twarzy. I tak Linhardt mimo energicznego leczenia operacyjnego karbunkułu ust i twarzy miał w ciągu siedmiu lat 4 przypadki śmiertelne. Friedman stracił dwa przypadki leczone nacięciami, a Ritter z Düsseldorfu leczący tylko konserwatywnie twierdzi, że należałoby już raz ustalić sposób postępowania przy tem cierpieniu.

Wreszcie Dietrich zestawiając materjał z kliniki Küttnera obejmujący 112 przypadków karbunkułów ust i twarzy leczonych jużto operacyjnie jużto zachowawczo, dochodzi do wniosku na korzyść zachowawczego postępowania.

Moje postępowanie w ciągu 15-letniej działalności szpitalnej było wobec karbunkułów ust i twarzy zawsze zachowawcze — wobec karbunkułów tułowia karku i reszty ciała zawsze radykalne. Po ogłoszeniu prac Delbeta i wprowadzeniu jego szczepionki buljonowej, począłem stosować ją w każdym przypadku karbunkułu ust i twarzy i ilość osób leczonych w ten sposób w ciągu trzech lat (od czasu pojawienia się szczepionki) wynosi 15 osób z czego 5 przypadków było leczonych ambulatoryjnie — reszta zaś w szpitalu.

Z tej ostatniej liczby straciliśmy dwa przypadki mimo wszystkich wysiłków, wykonując cztery zastrzyki Delbeta co 2 do 3 dni i stosując środki miejscowe jak okłady z octanu, kamfenol, jodophorm i t. d.

Prócz propidonu uciekaliśmy się w ostatnich chwilach do surowicy i wlewań dożylnych koloidalnego srebra.

Osoby u których karbunkuł wywołał zejście śmiertelne były w średnim wieku, zdrowe i silne, a przebieg cierpienia trwał około dni 15-tu.

W ostatnim dopiero roku udało mi się trzy nowe bardzo ciężkie przypadki postępującego karbunkułu ust uratować dzięki sposobowi Läwena. Stosowałem zaś go dopiero po dwurazowem bezskutecznem zastrzyknięciu szczepionki Delbeta czyli w okresie krytycznym i w obliczu grożącej śmierci.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety lat 30, u której karbunkuł wargi dolnej trwał około dni 12-tu i wywołał stan ogólnego ciężkiego zakażenia. Chora była w wysokim stopniu wyniszczoną, gorączkowała, a serce jej musieliśmy skrzepiać kamforą i digalenem.

Każde zastrzyknięcie szczepionki wywoływało u niej silną reakcję, manifestującą się podniesieniem temperatury do 40°; chwilową poprawą, a następnie proces ropny szerzył się dalej na otoczenie jeszcze niezajęte.

Stan chorej stawał się bardzo groźnym. Tętno dochodziło do 130 uderzeń na m., był słabo napiętym, rozpoczynała się apatja i sinica.

W tym stanie zdecydowałem się na zastrzyknięcie krwi własnej osobnika sposobem Läwena — wydobytej z żyły łokciowej. Do zastrzyknięcia użyliśmy około 12 cm^3 krwi płynnej, wstrzykując ją z każdej strony zajętej wargi w ilościach równych, trzymając się granic zdrowych, gdyż wstrzyknięcia wykonane zbyt blisko odpływają przez zniszczoną tkankę nazewnątrz.

Zaraz na następny dzień stan chorej się poprawił, ropa poczęła obficie odpływać z kanałów zgorzelinowych i rozmiar wargi począł się szybko zmniejszać.

Po 5 dniach chora z małym opatrunkiem złożonym z maści antiseptycznej jako wyleczona opuściła szpital.

Następny przypadek dotyczy mężczyzny 60 letniego. U niego również cierpienie trwało około dziesięciu dni, zajmując całą dolną

wargę. Stan chorego był ciężki, tętno słabe, wynoszące 120 uderzeń na minutę.

Leczenie szczepionką Delbeta dwukrotnie stosowaną pozostało bez wyniku. Po pięciu dniach pobytu w szpitalu, wykonaliśmy zastrzyknięcie krwi własnej osobnika w ilości 14 cm³, po połowie z obu stron zajętej wargi dolnej.

Przy tem zauważyłem, że ze strony prawej odpłynęło nieco krwi, przez nekrotyczne kanały karbunkułu na zewnątrz.

Nazajutrz nastąpił rozpad karbunkułu, szybkie oczyszczenie, i poprawa zupełna całego stanu.

Chory po dziesięciu dniach jako wyleczony opuścił szpital.

Trzeci przypadek dotyczy chłopaka lat 17, którego fotografję przed leczeniem i po leczeniu zamieszczam.

Cierpienie u niego rozpoczęło się przed dwoma tygodniami i objęło całą wargę górną rozdymając ją do potwornych rozmiarów. Policzki były pokryte pręgami zapalonych naczyń limfatycznych i żył zaczopowanych, a pręgi te sięgały do obu oczodołów i w dół aż na szyję, gdzie można było wyczuć pakiety zajętych gruczołów chłonnych. Temperatura wynosiła 39°; tętno 120 uderzeń na minutę, wiotkie, a chory wykazywał silną prostrację.

Zaraz w dniu przyjęcia wykonałem zastrzyknięcie szczepionki Delbeta i nałożyłem wilgotny opatrunek z octanu, polecając go często zmieniać.

Nazajutrz ponowne zastrzyknięcie szczepionki i dalsze okłady.

Trzeciego dnia stan chorego przedstawia się beznadziejnie. Sinica. Temp. 38. Tętno 140! Trzeciego dnia pobytu, w momencie krytycznym zdecydowaliśmy się na wstrzyknięcie krwi płynnej chorego osobnika w ilości 14 cm³ z obu stron nacieku zapalnego.

Igłę wbiłem obustronnie w bruzdę policzkowo-nosową, przyczem po stronie prawej wstrzyknąłem mniejszą ilość krwi jak po stronie lewej, gdyż spłynęła mi nazewnątrz kanałami rozpadowemi.

Nazajutrz wybitna poprawa.

Piątego dnia zanik nacieku po stronie lewej — po stronie prawej naciek posuwa się dalej. Ponowne zastrzyknięcie krwi w ilości 15 cm³ w stronę prawą.

Szóstego dnia zupełna poprawa; obfite wydzielanie ropy. Stan obecny można ocenić z załączonej fotografji.



Nie ulega żadnej wątpliwości, że ocalenie owych trzech chorych zawdzięczamy jedynie sposobowi Läwena. Sposób ten polegający na „zaryglowaniu" procesu zapalnego i infekcyjnego, masą krwi zastrzykniętej na obwodzie, nadaje się moim zdaniem głównie w przypadkach leczonych równocześnie metodą zachowawczą.

Albowiem uprzednie lub następujące (w stosunku do zastrzyku) nacięcie karbunkułu, nie tylko nie przyczynia się do spotęgowania efektu leczniczego, ale przeciwnie efekt ten osłabia lub zupełnie znosi.

Przez nacięcia bowiem odpływa większa część krwi zastrzykniętej nazewnątrz i wał ochronny w tkance zdrowej o co nam głównie chodzi, doznaje przerwy i osłabienia.

Sam Läwen przecież uznaje słusznie za główny czynnik leczniczy „zaryglowanie" ogniska zapalnego, wałem krwi wstrzykniętej — a warunek ten możemy tylko wówczas spełnić jeżeli tkanka jest jako tako w całości i nie posiada luk powstałych z chirurgicznego nacięcia

Ja wstrzykując u moich chorych krew w odległości 2 do 3 cm od ogniska zapalnego, zauważyłem że i tak pewną jej ilość tracę przez odpływanie kanałami rozpadowemi karbunkułu; o ile więc większą będzie strata, jeżeli dodamy do tych braków jeszcze kilka nacięć chirurgicznych. Sądzę, że efekt zastrzyknięć stanie się wówczas iluzorycznym.



Läwenowi zależy również na tem by krew wstrzyknięta o ile możności pozostała dłuższy czas w miejscu wstrzyknięcia.

By ten warunek spełnić należy również unikać sztucznych przerw w tkankach.

Nacięcia przy karbunkule warg uważam stanowczo za szkodliwe i niebezpieczne i cieszę się, że na poparcie mego twierdzenia mogę powołać się na statystykę Friedmana, Rittera, Eiselsberga oraz Dietricha z kliniki Küttnera. Jako wzgląd uboczny nadmienię, że i wygląd kosmetyczny po wygojeniu bez nacięć jest całkiem inny zwłaszcza w okolicy ust i policzków. Zastrzegam się atoli, że wszystko to co podnoszę na korzyść sposobu Läwena, odnosi się do karbunkułów ust i twarzy — nie może zaś żadną miarą stosować się do karbunkułów tułowia i reszty ciała.

Zarzuty zatem stawiane sposobowi Läwena zwłaszcza te które Berndl podnosi mają swe usprawiedliwienie w przypadkach tułowia — porównanie atoli „zaryglowania" karbunkułu sposobem Läwena na twarzy, z niefortunnem znieczulaniem nowokainą, które to znieczulenie spowodowało rozlanie się procesu ropnego na otoczenie — jest niesłuszne i mocno chroma!

Jeszcze kilka słów wypada mi poświęcić opisowi sposobu zdobywania krwi z żyły łokciowej danego osobnika

Otóż pierwotnie używał do tego celu Läwen igły i strzykawki. Uzyskaną krew wstrzykiwał inną igłą, w tkankę około zapalną. Sposób ten wystarczał mu, dopóki ilości krwi wydobytej wahały się od 15 do 30 cm³. Z czasem zaś kiedy rozpoczął stosować wielkie ilości krwi (do 250 cm³) Läwen używał specjalnej kaniuli, którą wprowadzał do odsłoniętej żyły łokciowej.

W naszych przypadkach, wystarczyła mi zupełnie pierwotna technika Läwena i mam nadzieję że „spiesząc się" jak powiada autor można bez trudności ilości krwi, dochodzące do 30 cm³ a nawet i więcej, przenieść i zdeponować w miejsce zajęte — a te ilości wystarczają w zupełności do zaryglowania i wyleczenia postępującego karbunkułu na ustach i twarzy.

Piśmiennictwo:

Rok 1922. — Dr. Friedmann: Die Konservative Behandlung der Gesichtskarbunkel. Ritter Düsseldorf: idem. — Rok 1923. Prof. Dr. A. Läwen: Ueber die Behandlung fortschreitender pyogener Processe im Gesicht mit Incision und Umspritzung mit Eigenblut. Dr. Wilhelm Rieder: Die Frage der Behandlung progredienter Gesichtsfurunkel. — Rok 1924. Läwen: Ueber abriegelnde Eigenblutinfiltration mit nachfolgender Incision. zur Behandlung pyogener Prozesse im Gesicht und Nacken. C. f. Ch. Hofmann; Dietrich; Walzel. Primar. Walter Linhard: Zur Behandlung maligner Gesichtsfurunkel mit Incision und Umspritzung mit Eigenblut. Dr. Frietz Berndt: Zur Behandlung von Gesichtsfurunkel und Nackenkarbunkeln. Dr. Adam Gruca: Zur Gesichtsfurunkelbehandlung. — Rok 1925. — Dr. Tenchoff: Von der Behandlung mit Eigenblut. Dr. Rudolf Dietrich: Ueber Gesichtsfurunkel. Dr. Chiari: Ueber die Behandlung der Lippenfurunkel. Dr. Groser: idem. — Rok. 1926. — Primar Dr. Linhard. Ueber Eigenblutbehandlung bei septischen Prozessen.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Prof. Władysław SZUMOWSKI. Kraków.

Racjonalizm i empiryzm w medycynie i w jej historji.

Wśród zagadnień filozoficzno-medycznych jedno z pierwszych miejsc zajmuje zagadnienie racjonalizmu i empiryzmu, które przy bliższym rozbiorze nasuwa cały szereg uwag, związanych ściśle z praktyką lekarską. Kilkakrotna dyskusja w naszem Towarzystwie Lekarskiem, w której potrącano o te zagadnienia, wykazywała bardzo dużo niedomówień, a może i nieporozumień, które należy raz oświetlić i wyjaśnić. Dlatego postanowiłem poświęcić im dzisiejszy odczyt.

O racjonaliźmie mówimy w filozofji, czy w medycynie wszędzie tam, gdzie na pierwszy plan wysuwa się rozumowanie, o empiryzmie mówimy wtedy gdy na pierwszy plan wysuwa się doświadczenie. Uważając terminu „doświadczenie", zaznaczyć musimy, że jest on w języku polskim dwuznaczny, raz bowiem znaczy tyle, co greckie „empiria", lub niemieckie „Erfahrung", innym razem, tyle, co łacińskie, „experimentum", lub niem. „Versuch". Gdy mówimy o doświadczeniu w empiryzmie, nie mamy na myśli żadnych eksperymentów lecz tylko doświadczenie w pierwotnem, najszerszem tego słowa znaczeniu, czyli empirję.

Empiryzm w medycynie pyta się: czy *to* choremu pomogło, albo, czy *to* uchroniło człowieka od choroby, względnie czy *to* choremu zaszkodziło, albo, czy *to* wpędziło człowieka w chorobę. Racjonalizm zaś pyta się: czy nasze postępowanie jest uzasadnione, czy wskazania nasze są słuszne, na jakich teoretycznych podstawach opiera się nasze leczenie. Empiryzm widzi chorego i patrzy, co z nim dalej będzie, czy chory wyzdrowieje, czy nastąpi poprawa, czy pogorszenie. Empiryzm na pytanie, dlaczego tak leczyć, a nie inaczej, ma tylko jedną odpowiedź: bo takie leczenie choremu pomoże. Odpowiedzi uzasadnionej teoretycznie, opartej na rozpatrywaniu przyczyn choroby, czysty empiryzm nie zna. Racjonalizm zaś, przeciwnie, przywiązuje największą wagę do rozważania przyczyn, do wskazań, opartych na etjologji, do teoretycznych uzasadnień, wogóle, do rozumowania.

Typowem odkryciem, dokonanem na podstawie czystej empirji bez najmniejszych teoretycznych podstaw, jest odkrycie ochronnego szczepienia ospy przez Jennera w końcu w. XVIII. albo leczenie zimnicy korą chinową, znane ludom amerykańskim od dawien dawna, albo stosowanie korzenia wymiotnicy, również bardzo dawne i t. p. Klasycznym przykładem racjonalizmu jest dążenie do t. zw. *therapia sterilisans magna*, opartej na całym szeregu rozumowań, na dzisiejszej etjologji chorób zakaźnych, na przekonaniu, że pewne drobnoustroje muszą zginąć pod wpływem pewnych związków chemicznych, na poszukiwaniu odpowiednich związków i t. d. Ta droga, jak wiadomo, doprowadziła do odkrycia salwarsanu, a obecnie sanokryzyny. Przykładem racjonalizmu może być także postępowanie akuszera, który prowadzi poród i rozważa, czy dziecko może się urodzić drogą naturalną, czy też należy założyć kleszcze, albo wykonać cięcie cesarskie, albo postępowanie okulisty, gdy dobiera szkła przy zboczeniach refrakcji.

Rozważając, jak się stosunek empiryzmu do racjonalizmu rozwijał historycznie, musimy stwierdzić, że pierwotną formą jest empiryzm. Jednym z najważniejszych czynników w kulturze ludów pierwotnych jest empirja, doświadczenie ludzkie najszerzej pojęte, które bez żadnej teorji i bez żadnego rozumowania doprowadziło do wielu zdobyczy, jak niecenie ognia, budowanie szałasów, uprawa roli, leczenie wielu chorób. Ludy pierwotne stosują najrozmaitsze środki lecznicze, jak środki przeczyszczające, wymiotne, napotne, przeciwgorączkowe, podniecające, usypiające, stawiają coś w rodzaju baniek, dają hegar, puszczają krew, robią okłady, stosują kąpiele i t. p., leczą złamane kończyny, wykonują operacje, jak przecinanie ropnia, trepanacja, niektórzy podróżnicy widzieli nawet podobno cięcie cesarskie, wykonane w środkowej Afryce w kraju Uganda i zakończone pomyślnie dla matki i dziecka.

Początki racjonalizmu mamy wszędzie tam, gdzie się zaczyna szukanie przyczyn choroby, gdzie się mówi o budowie i o czynnościach ciała, gdzie się zaczyna teorja. Gdzie więc za przyczynę choroby uważa się złego ducha, albo obce ciało, albo nadmiar jakiejś cieczy, np. krwi, żółci, i t. p., tam leczenie ma na celu usunięcie przyczyny. W zaraniu fizjologji i patologji rozważania etjologiczne są bardzo niebezpieczne i na gruncie racjonalizmu łatwo wiodą do spekulacyj. Typowym przykładem terapji spekulacyjnej jest t. zw. akupunktura chińczyków, t. j. metoda wbijania w ciało długich na kilkanaście centymetrów igieł w myśl poglądu, że ciało ludzkie składa się z rurek, które łatwo się zatykają i które wtedy trzeba przetkać igłą.

Już w medycynie starożytnej doszło do wyraźnego przeciwstawienia racjonalizmu i empiryzmu. Racjonalizm najwięcej się rozwijał w Aleksandrji, gdzie w ciągu kilku wieków uprawiano gorliwie teorję, robiąc sekcje i wiwisekcje. Skorzystała na tem anatomja i fizjologja, ale niewiele terapja. Wskutek małych postępów terapji w Aleksandrji, powstała osobna szkoła lekarzy, którzy zasadniczo odrzucali wszelką teorję i która nazwała siebie szkołą empiryków. Twierdzili oni zasadniczo, że przyczyny wogóle są niepoznawalne i że w medycynie nie o to chodzi, co wywołuje chorobę, lecz o to, co ją usuwa *(non interesse quid morbum faciat, sed quid tollat)*. Należy polegać na doświadczeniu własnem lub cudzem, co najwyżej, wolno wnioskować, przez analogję. Krytyka etjologji racjonalistów, dokonana w medycynie przez empiryków, była tak silna, że dowodzenie ich przeszło do filozofji, do argumentacji sceptyków, którzy także twierdzili, że przyczyny są wogóle niepoznawalne, w czem największe zasługi położył lekarz-empiryk i zarazem filozof-sceptyk w jednej osobie Sextus Empiricus w II. w. po Chr.

Najciekawsze jest to, że zarówno racjonaliści jak empirycy, powoływali się na Hipokratesa, jako na swego poprzednika. Było to możliwe jedynie dla tego, że medycyna Hipokratesa była i racjonalna i empiryczna równocześnie. Hipokrates uczył, że przyczyną choroby jest skażenie soków, nadmiar krwi, żółci, śluzu i t. p., i że usuwając nadmiar soku, usuwamy chorobę. Na patologji humoralnej Hipokratesa opierała się jego terapja na drodze racjonalizmu. Jednakże Hipokrates do teoretycznych uzasadnień nie przywiązywał decydującej wagi, i w tem tkwił jego genjusz. Grunt, to obserwacja, badanie chorego z dnia na dzień, śledzenie przebiegu choroby i postępowanie stosownie do okoliczności w myśl tego, co podsuwa lekarzowi sama natura chorego. Przedewszystkiem nie szkodzić choremu — to było jedno z naczelnych haseł Hipokratesa. A więc obok racjonalizmu mamy tu podobny motyw, jak w empiryzmie, w którym chodzi jedynie o to, czy choremu jest lepiej, czy nie po zastosowaniu leczenia.

W kilka wieków po Hipokratesie Galen, widząc, jak się różne szkoły lekarskie nawzajem zwalczają, postawił sobie za zadanie raz z tem zrobić porządek. W tym celu chciał zrobić z medycyny naukę ścisłą, a za najlepsze rozumowanie uważał rozumowanie matematyczne. Różne choroby określał według stopni ciepła, zimna, suchości i wilgotności. Równocześnie te same cechy, ciepło, zimno, suchość i wilgotność określał przy pomocy zmysłów, zwłaszcza smaku, w lekarstwach: pieprzu, imbirze, miencie, piżmie, cynamonie, arszeniku, solach miedzi i t. p. Któż w starożytności wątpił, że pieprz jest gorący, a mienta zimna? Stąd na zasadzie *contraria contrariis*. Galen utworzył naukę o wskazaniach. Galen jest więc typowym racjonalistą. Medycynę Galena rozwijali dalej lekarze arabscy, a z nich niektórzy, jak Al-Kindi, zrobili z układu Galena dokładne tablice, z których z matematyczną dokładnością można się było dowiedzieć, co należy choremu przypisać.

Z powyższego widzimy, że racjonalizm Galena i lekarzy arabskich był naciąganiem prawdy do potrzeb teorji, czyli był doktrynerstwem. Płynęło to stąd, że fizjologja, patologja i farmakologja ówczesna oparte były zawsze jeszcze więcej na spekulacjach, niż na prawdziwych faktach. Ale, zresztą, starożytność przekazała nam także cały szereg metod leczniczych, opartych na rozumowaniu i zupełnie trafnych. Tu należą rozmaite metody chirurgiczne, jak leczenie złamań, leczenie zwichnięć, zgodne z anatomiczną budową stawów; podwiązywanie tętniaków, dokonywane z wielką zręcznością na dostępnych tętnicach; przecinanie ropni; dalej, leczenie chorób skórnych; także leczenie niektórych chorób wewnętrznych przy pomocy metod racjonalnych, jak ćwiczenia cielesne, przechadzki, sporty, leczenie klimatyczne, niektóre dobrze wypróbowane lekarstwa i t. d. Racjonalizm zyskał sobie w wiekach średnich i zaraniu epoki nowożytnej stanowisko panujące. Empiryzm poszedł w pogardę, jako kierunek, pozbawiony wszelkiej teorji, wszelkiej nauki, więc bliski nieuctwa. Nazwa „empiryk" stała się nazwą pogardliwą, równoznaczną prawie z nazwą „nieuk", „szalbierz", „szarlatan". Gdy w wiekach średnich chirurgja oddzieliła się od medycyny i przeszła w ręce ludzi z małem wykształceniem, balwierzy i cyrulików, odtąd medycyna przeważnie opiera się na racjonaliźmie, a chirurgja na empirji.

Lekarze wykształceni są zazwyczaj racjonalistami, ale teoretyczne podstawy medycyny często się zmieniają. W epoce nowożytnej jatromechanicy sprowadzają wszystkie choroby do czysto mechanicznych zboczeń w ciele ludzkiem, jatrochemicy widzą przyczyny chorób w nieprawidłowych ostrościach, fermentacjach i in. sprawach chem., witaliści pilnują napięcia siły życiowej. Teorje i systemy w w. XVII. i XVIII. zmieniają się bardzo szybko, ale racjonalizm zostaje. Szkoły lekarskie, które wszystko starają się uzasadnić, są ostoją racjonalizmu. Od czasu do czasu tylko empirja przynosi coś nowego i zadaje kłam wszystkim panującym

teorjom, jak to było np. z korą chinową, której działanie nie dawało się wtłoczyć w w. XVII. i XVIII. w ramy żadnej teorji.

W drugiej połowie w. XVIII. i w w. XIX. lekarze i przyrodnicy coraz częściej zaczynają się posługiwać eksperymentem. Spekulacje fizjologiczne i patologiczne ustępują miejsca faktom naukowym, dokładnie teraz stwierdzonym na drodze metodycznej obserwacji lub pomysłowego eksperymentu. Powstają nowe nauki, jak anatomja patologiczna, patologja eksperymentalna, farmakologja eksperymentalna. Medycyna rozgałęzia się na szereg specjalności, z których każda oparta jest na faktach naukowych, niewątpliwych, przeważnie wolnych od wszelkiej spekulacji. Racjonalizm w medycynie święci tryumfy. Medycyna w wielu razach staje się nauką ścisłą, tak ścisłą prawie, jak tego niegdyś pragnął Galen.

Jednakże zasadnicze pytanie empiryzmu, „czy to choremu pomaga", pozostaje zawsze w swojej mocy. Żadna najpiękniejsza teorja nie zdoła wymazać tego pytania, które w praktyce zawsze musi być hasłem naczelnem. A ponieważ organizm ludzki, pomimo olbrzymich postępów nauk lekarskich, często jest nieobliczalny, przeto obok wszystkich wskazań naukowych przychodzi i teraz raz po raz do głosu czynnik empiryczny, osobista biegłość, osobiste doświadczenie, intuicja i coś z artyzmu, słowem to, co nazywamy sztuką.

Zagadnienie, czy i o ile medycyna jest nauką, czy sztuka, zawsze się ściśle łączy z problemem racjonalizmu i empiryzmu. Racjonalizm widzi raczej naukę, empiryzm widzi częściej sztukę. Otóż jest rzeczą godną uwagi, że w pierwszej połowie w. XX., w epoce, w której setki zakładów naukowych teoretycznych pracuje nad wydoskonaleniem medycyny, powstaje w Niemczech szkoła, która w sposób stanowczy broni zdania, że medycyna nie jest nauką, lecz tylko sztuką, że najważniejszym w medycynie jest zawsze czynnik empiryczny, intuicja i osobista biegłość. „Chory nie może czekać, aż wszystkie badania pomocnicze będą ukończone i aż wszystkie teorje się sprawdzą", — mówi główny przedstawiciel tego kierunku Georg Honigmann, profesor medycyny wewnętrznej w Giessen, autor kilku dzieł „Das Problem der ärztlichen Kunst" (1922) i „Das Wesen der Heilkunde" (1924).

W poglądach Honigmanna jest nieco słuszności, ale Honigmann popełnia ten błąd, że mówi prawie ciągle o medycynie wogóle, zamiast mówić o poszczególnych specjalnościach lekarskich. W rzeczywistości zaś, mówiąc o medycynie wogóle, ma prawie ciągle na myśli tylko medycynę wewnętrzną. Tymczasem zagadnienie racjonalizmu i empiryzmu, nauki i sztuki, w rozmaitych specjalnościach wygląda rozmaicie. Najlepsza medycyna jest ta, która jest równocześnie racjonalna i empiryczna. Racjonalna — w tem znaczeniu, że znamy całą patogenezę schorzenia i wiemy, dlaczego należy tak leczyć, a nie inaczej; empiryczna — w tem znaczeniu, że nasze leczenie rzeczywiście choremu pomaga. Cóż może być tutaj piękniejszego, jak sprawność np. dzisiejszej neuropatologji, która określa z całą dokładnością anatomiczną lokalizację ucisku na rdzeń kręgowy, objaśnia z wielką precyzją wszystkie objawy choroby i oddaje wreszcie chorego w ręce chirurga, który ucisk usuwa i przywraca ciężko choremu zupełne zdrowie. To jest jeden z wielu triumfów dzisiejszej medycyny, która jest w równej mierze racjonalną jak i empiryczną. Podobną pod tym względem jest cała dzisiejsza chirurgja, która opiera się na ścisłych wskazaniach anatomicznych i co do której niema wątpliwości, że chorym pomaga. To samo można powiedzieć o wszystkich specjalnościach, które się w znacznej części opierają na metodach chirurgicznych, jak ginekologja z położnictwem, laryngologja z rinologją i otologją, po części stomatologja i okulistyka. Dużo ma także racjonalnych podstaw dzisiejsza dermatologja i wenerologja.

Najgorzej rzecz się ma z wielkim działem chorób wewnętrznych. Jakkolwiek i tu mamy liczne rozdziały racjonalnie postawione, oparte na dokładnych badaniach i wskazaniach, to jednak bardzo daleko jeszcze do tego, żeby racjonalizm mógł zapanować w medycynie wewnętrznej z takiem samem uprawnieniem i w takich rozmiarach, jak n. p. w chirurgji. Słyszeliśmy tutaj z tego miejsca przed paru laty doskonały odczyt kol. Blasberga, który wykazał, że do tej pory nie wiemy, jak powstaje przeziębienie, nie znamy jego istoty, jego mechanizmu, nie znamy jego następstw i t. p. Nie wiemy, kiedy i dlaczego po przeziębieniu występuje raz katar nosa, innym razem zapalenie gardła, kiedyindziej zapalenie płuc, albo ostry gościec stawowy, albo zapalenie nerek, a kiedyindziej nie występuje nic. Jeżeli trafność przewidywania jest miarą sprawności, a więc i ścisłości nauki, to tu występuje dział medycyny, pozbawiony zupełnie ścisłości. Tak samo nie wiemy, jak leczyć przeziębienie. Dlatego droga dla empirji w tej dziedzinie otwarta jest szeroko i np. w rozpoczynającym się katarze nosa ze wszystkiemi pozornie racjonalnemi środkami, jak aspiryna, równie skutecznie może rywalizować każdy t. zw. „babski" przepis w rodzaju zamaczania na noc nosa w zimnej wodzie, wypicia kieliszka wódki i wytarcia nóg spirytusem.

Ponieważ przeziębienie jest czynnikiem bardzo ważnym w powstawaniu chorób wewnętrznych i ponieważ na 100 osób, które wogóle w naszych dzisiejszych warunkach, powiedzmy np. w mieście zachorowały, przypada 70—80 osób, które udają się do internisty, dlatego ten najsłabszy dział medycyny wyciska swoje wybitne piętno na całej medycynie. Dlatego to z obozu internistów rozlegają się najczęściej głosy, że medycyna nie jest nauką, lecz tylko empirją, sztuką, opartą na intuicji i t. d.

Zarówno racjonalizm, jak empiryzm ma swoje dobre i złe, mocne i słabe strony. Dobrą stroną racjonalizmu jest to, że szuka on wciąż uzasadnienia, podnieca teorję, przyczynia się do postępu nauk teoretycznych, a przez to w końcu i praktycznych. Lekarz rozumuje i na podstawie rozumowania wybiera z wielu środków, które mu się nasuwają, ten który w danym stanie nauk jest najbardziej uzasadniony. Ale racjonalizm może być i bardzo niebezpieczny. Umysł ludzki nie lubi niepewności i skłonny jest do dogmatyzmu. Teorja — w którą się wierzy, przysłania nam oczy. O tem dużo głębokich uwag podaje Biegański w II. wyd. „Logiki medycyny". Nic łatwiejszego, jak ślepo wierzyć w pewną teorję i naginać do niej swoje postępowanie w praktyce. Karty historji medycyny są pełne przykładów takiego racjonalizmu. W patologji humoralnej czyszczono soki; w patologji solidarnej metodyków dawano gorące lub zimne okłady, które miały przywrócić właściwe rozmiary porów między atomami; w demonologji wypędzano djabła; Brown, podzieliwszy w XVIII. w. choroby na steniczne i asteniczne, leczył pierwsze środkami uspokajającemi, a drugie podniecającemi; Broussais na początku w. XIX, objaśniając wszystko zapaleniem, leczył wszystkich puszczaniem krwi, doprowadziwszy do t. zw. wampiryzmu; skrajni witaliści podtrzymywali jedynie stan napięcia siły życiowej i t. d., i t. d. Historja stwierdza, że w każdym wieku bez wyjątku medycyna jest pewna siebie, w każdym wieku bez wyjątku można czytać zdania, pełne zarozumiałości i pewności siebie, w rodzaju słów: „Medycyna stoi na tak niewzruszonych podstawach, że...." albo „W obecnym wieku medycyna może się poszczycić tyloma zdobyczami, że....". i t. d. Zaprawdę, historja medycyny uczy nas wielkiej przezorności w stosunku do wszelkiej teorji i nasuwa obawę, że za 100 lat lekarze będą się śmieli także i z naszych teorji dzisiejszych.

Jednego tylko nie mogliby lekceważyć nasi następcy, mianowicie, gdybyśmy udowodnili, żeśmy, stosując jakąś metodę, choremu pomogli. Pod tym względem historja jest i będzie wyrozumiała. Każdą teorję i każdą metodę może uznać za dobrą, jeżeli potrafimy wykazać, żeśmy tą metodą chorego uzdrowili. Tutaj empiryzm, jeśli wykrył trafną metodę, jest nie do zwalczenia. Zmieniły się wielokrotnie teorje, dlaczego makowiec uśmierza ból i sprowadza sen, dlaczego kora chinowa usuwa febrę, korzeń wymiotnicy sprowadza wymioty, rtęć leczy kiłę, krowianka chroni od ospy, i prawdopodobnie teorje tutaj jeszcze nieraz zmieniać się będą, ale wymienione środki nieprędko zostaną wykreślone z arsenału leków. Co empiryzm wykrył napewno, to jest niewzruszone. I w tem leży można strona empiryzmu.

Ale ma on i swoje słabe strony. Empiryzm idzie na ślepo, poomacku, jest bezkrytyczny i łatwo widzi związek przyczynowy tam, gdzie go wcale nie było. Jak wiadomo, choroby ustępują same nieraz bez żadnego leczenia. Wystarczy wtedy, żeby chory włożył np. na szyję co bądź, bodaj jakiś naszyjnik, albo zażył co bądź i już empiryk gotów sądzić, że to naszyjnik, albo zażyty środek sprowadził wyzdrowienie. Pod tym względem historja mogłaby wytoczyć także ciężkie oskarżenie przeciw skrajnemu empiryzmowi, który wprowadził swego czasu do medycyny nieprawdopodobnie wielką ilość leków, stworzył całą koproterapję, t. j. leczenie kałem i wszelkiemi obrzydliwościami, utrzymywał wiarę w przeróżne zabobony tak, że sama nazwa „empiryk" stała się wreszcie pogardliwą.

Na szczęście, czysty racjonalizm i czysty empiryzm, oba w medycynie jednakowo niebezpieczne, należą do rzadkości. Każdy racjonalista, który na podstawie teorji wyprowadził jakieś wskazanie, mniej lub więcej uważnie patrzy, czy jego leczenie choremu naprawdę pomaga i w ten sposób zabarwia swój racjonalizm empirycznie. Że wyrozumowana terapja niezawsze pomaga, o tem wiedzą lekarze-praktycy. Mówi się wtedy, że „przepisano choremu wszystko, co było w „Handbuchu", a jednak chory umarł". Albo „operacja się udała, ale chory umarł". Trzeba wielkiego zaślepienia, żeby się upierać przy jakiejś metodzie, która wyraźnie choremu szkodzi, i zaślepienie takie jest też rzadkością.

W empiryzmie także tkwi przeważnie również mniejsza lub większa chęć uzasadnienia, dlaczego ten środek pomaga, a inny nie, i jak on pomaga, więc empiryzm także zazwyczaj łączy się z jakąś odrobiną racjonalizmu.

Najlepsza medycyna będzie zawsze racjonalna i empiryczna równocześnie w obu kierunkach powinna się medycyna rozwijać. Ale wybierając z dwojga, co pierwsze, racjonalizm czy empiryzm, wolałbym jednak postawić na pierwszem miejscu empiryzm i mieć pewność, że *to* choremu naprawdę pomaga, mniejsza o to, dlaczego i jak. Te właśnie myśli tkwią w hipokratyzmie: obserwować chorego, opierać się wprawdzie na teorji, ale nie przywiązywać do niej decydującej wagi, a przedewszystkiem choremu nie szkodzić. Niestety, wszelkie nauczanie w szkołach lekarskich z konieczności jest takie, że się więcej krzewi i ceni racjonalizm. Młodym umysłom nie można kłaść w głowę nadmiaru wątpliwości, przeciwnie, trzeba ich nauczyć, dlaczego mają tak postępować, a nie inaczej. Na długotrwałe obserwacje, niezbędne w empirji, poprostu niema czasu. Dlatego też niewątpliwie w nauce lekarskiej, wychodzącej ze szkół, zawsze przeważa racjonalizm, może nawet niekiedy ze szkodą empiryzmu. Dopiero wiek i osobiste doświadczenie każdego lekarza daje mu dostateczne wyrobienie empiryczne.

OCENY.

Dr. med. Ludwik Zembrzuski, pułkownik lekarz W. P. *Służba zdrowia w wojskach starożytnego świata*. Warszawa. 1926. Wojskowy Instytut Naukowo-Wydawniczy.

Podobnie jak palestra całego świata do dziś dnia kształci się na prawie rzymskiem i greckiem tak i wojskowa służba zdrowia wciąż jeszcze może czerpać nader pouczające przykłady z doświadczeń odległych czasów. Toteż rzetelną jest zasługą p. pułkownika Zembrzuskiego opracowanie w zwięzłym treściwym opisie rozwoju pomocy lekarskiej starożytnego świata w pięknej tej książce. Składa się ona z omówienia organizacji służby zdrowia u Egipcjan, Indów, Persów, Hebrajczyków, Hellenów, Macedończyków, Rzymian i Barbarzyńców. Sposób ułożenia tej książki polega na podaniu krótkiej charakterystyki przedewszystkiem ówczesnego stanu sztuki lekarskiej oraz odpowiedniej organizacji wojskowej, co dosadnie wskazuje w doskonałem ujęciu autora jaki wpływ wspomniane czynniki wywierały wogóle na kształtowanie się wojskowej służby zdrowia. Omawiane dzieje zainteresują niewątpliwie nie tylko historyka i lekarza ale nabierają także znaczenia ogólnoideowego. Operator dowie się z wyników poszukiwań archeologicznych o istniejącej umiejętności wykonywania pewnych rękoczynów w zakresie sztuki chirurgicznej a o niezwykłej pomysłowości ówczesnej lekarzy induskich w wyszukiwaniu materjału do zszywania ran urazowych świadczy fakt posiłkowania się przez tych pierwotnych chirurgów specjalnym gatunkiem wielkich owadów. Do brzegów ciętej rany przystawiano żywy owad, który chwytał je swemi potężnemi szczękami, zbliżał i zaciskał; po chwili ukręcano mrówce tułów, głowa zaś pozostawała na miejscu wraz z kurczowo zaciśniętemi, trzymającemi brzegi rany szczękami. Po nałożeniu szwów na skórę zakładano opaski. Z innych zabiegów wzmiankuje autor nawet o sztucznych członkach dla kalek. Zarządzenia zapobiegawcze w wojskach starożytnego świata zainteresują niewątpliwie higjenistów, dla których przepisy ściśle uregulowanego odżywiania, częstych codziennych kąpieli, utrzymania w czystości jamy ustnej zapomocą czyszczenia zębów proszkiem z różnych korzeni gałązkami specjalnego gatunku akacji i fikusa, wreszcie stosowanego mięsienia i ćwiczeń gimnastycznych są ważnemi dokumentami historycznemi. Również odrębny dział zatytułowany „epidemja w wojskach w starożytności" zasługuje na wyróżnienie.

Wzgląd pedagogiczny każe przypuszczać, że tytuł omawianej książki przynęci niewątpliwie równie. i szerszy krąg czytelników poza lekarzami. Z książki tej dowiedzieć się można o wielu rzeczach ciekawych i pożytecznych zwłaszcza dla nas lekarzy, którzy każdej chwili mogą być powołani do pełnienia najszczytniejszych obowiązków obywatelskich, a odpowiedni dobór załączonych rycin dodaje jej większego powabu.

W. Janusz.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Liječnički Vjesnik.

(Zagrzeb) 1926. Nr. 3.

Dr. M. Velićković: *Nagła śmierć przy ogromnej grasicy*. Chora 29 letnia zmarła po operacji trwającej 40 minut, w czasie narkozy nie było żadnych niepokojących objawów. Sekcja wykazała znacznie powiększoną grasicę (50 gr.).

Dr. F. Feinz: *„Podskórne, odosobnione pęknięcie trzustki i leczenie chirurgiczne tegoż"*. Po uderzeniu kopytem w lewe podżebrze młodzieńca 19 letniego. W 2½ godzin laparotomia, zeszycie pęknięcia, pobyt w szpitalu 2 miesiące, wyleczenie. Jesto to 38 przypadek opisany.

Dr. V. Kryspin: *„O obrazie paranoido-hallucynacyjnym w przebiegu paraliżu postępowego"*. Opis dwu przypadków. W drugim w przebiegu leczenia zimnicą.

Dr. J. Toth: *„Rzęsy w przedniej komorze oka"*. W dwu przypadkach po urazie.

Dr. S. Rechnitzer: *„Pernasalna aplikacja olejku terpentynowego"*. Na podstawie 10-letniego doświadczenia zaleca autor stosowanie wacika napojonego olejkiem terpentynowym i wprowadzonego do nozdrza przy schorzeniach dróg oddechowych.

Dr. K. Sztraka: *„Dwa usiłowane samobójstwa przy pomocy algocratiny"*.

Algocratina analgeticum, antipyreticum $C_{17}H_{58}O_{14}N_9$.

Przegląd piśmiennictwa. Bibliografia słowiańska (wyczerpująca!!). Dodatek: Sprawy zawodowe i społeczne. Kronika.

Leszczyński.

La Presse Médicale.

Nr. 10.

T. Jonnesco: *O technice ogólnego znieczulenia*. Dokładny opis metody nadającej się wedle autora do zastosowania przy wszystkich zabiegach operacyjnych na głowie, tułowiu i kończynach i zapewniającej dokładne znieczulenie. Stosując ją przy 6.290 zabiegach nie miał J. żadnych niepożądanych powikłań. Jako płynu znieczulającego używał stowainy z dodatkiem kofeiny.

Chabrol, J. Lapeyre i F. Laurain: *O zgłębnikowaniu dwunastnicy w chorobach żołądka i jelit:* Omówienie krytyczne na podstawie prac własnych i innych autorów, o znaczeniu zgłębnikowania dwunastnicy w przypadkach chorób przewodu pokarmowego, pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Nr. 11.

Cluzet, Piéry, Chevallier i Dubost: *Wahania zawartości cholesteryny we krwi i wydzielania kwasu moczowego u chorego na dnę, leczonego emanacjami thorium*. Dokładne streszczenie całorocznej obserwacji chorego na dnę, leczonego wdechiwaniem emanacji thorium. Stan chorego uległ znacznej poprawie zniekształcenia rąk wywołane przez liczne tophi i zmiany stawowe ustąpiły, ilość czerwonych ciałek krwi podniosła się z 3 do 5 miljonów. Ilość wydalanego na dobę kwasu moczowego powiększyła się trzykrotnie. Zawartość cholesteryny we krwi podniosła się z 0,5 do 2 gr. na litr i utrzymywała się na tej wysokości przez cały czas obserwacji. Zjawisko to jeste wedle autorów wyrazem wzmożonej czynności tkankowej pod wpływem stosowania ciał radioaktywnych.

J. M. Villardel: *O sympatykotomji dokołatętniczej*. Opis przypadku przerwania nerwu łokciowego skutkiem urazu, z następową zgorzela małego palca. Szew nerwu nie sprowadził poprawy, zmartwiałe tkanki oddzieliły się pozostawiając duże, niegojące się owrzodzenia. Zastosowano sympatykotomję w zakresie tętnicy ramieniowej poczem do trzech tygodni nastąpiło zupełne zabliźnienie owrzodzenia.

Nr. 12.

M. Chiray i J. Pavel: *O patogenezie kolki żółciowej*. Wedle autora obecność kamienia, stan zapalny ścian woreczka, stanowią dla powstania napadu kolki moment usposabiający lecz nie niezbędny. Istotę tego zjawiska stanowi skurcz woreczka żółciowego, który powstaje skutkiem zaburzenia równowagi w układzie wegetatywnym. Uczucie bólu powstaje wtórnie skutkiem uciśnięcia tkanek zapalnie zmienionych. Tłumaczenie to wyjaśnia zjawisko kolki przy braku kamicy, względnie powstawanie jej pod wpływem zmartwień, gniewu, zbyt obfitego posiłku lub nadużycia alkoholu.

K. Dujarric de la Rivière: *Bakterjologja a chemja fizyczna*. Nie nadaje się do streszczenia.

Garipuy i V. Mériel: *Dosercowe wstrzyknięcie adrenaliny w przypadku pozornej śmierci noworodka*. Autor zastosował w przypadku pozornej śmierci noworodka wstrzyknięcie dosercowe 1 mgr. adrenaliny z pomyślnym wynikiem.

Zabieg ten ma prawdopodobieństwo powodzenia, jeżeli zastosuje się go rychło nie później jak w sześć minut po zatrzymaniu się czynności serca.

G. Ichok: *O poronnem leczeniu ostrej rzeżączki dożylnemu wstrzykiwaniami cukru gronowego*. Referat zbiorowy.

Nr. 13.

H. Jausion i M. Vancel: *Nowe badania nad dożylną chemoterapją rzeżączki*. Autorowie opisują dodatnie wyniki otrzy-

mane przez leczenie rzeżączki żółcią akrydynową (gonakryna, preparat zbliżony do trypaflaviny). Środek ten wprowadzali dożylnie co drugi dzień w ilości 5 cm³ roztworu 1:50. Nie stosowali nigdy równocześnie leczenia miejscowego. Na 165 przypadków świeżej lub przewlekłej rzeżączki, otrzymali 153 wyleczeń, w 12 przyp. nie było poprawy, być może skutkiem zbyt krótkiego czasu leczenia.

Bardzo dobre wyniki dawało leczenie powikłań w postaci zapalenia pęcherza, przyjądrzy lub stawów. Ilość wstrzykiwań potrzebnych dla uzyskania dodatniego wyniku wahała się między 5—40.

Ujemną stroną metody jest tworzenie się małych bolesnych nacieków przy wydostawaniu się płynu poza żyłę. W rzadkich wypadkach wytworzyć się może ograniczona martwica tkanek. Objawy wstrząsu po wstrzyknięciach są tak małe, że autorowie stosowali je przeważnie u chorych przychodnich. Równoczesne stosowanie szczepionki nie przyśpieszało naogół toku leczenia.

Dla wzmożenia i przyśpieszenia działania barwika na gonokokki, autorowie wprowadzali niekiedy równocześnie roztwór 2% ałunu chromowego, odgrywającego rolę bajcy.

R. Jeissly: *O stosowaniu insuliny w przypadkach upośledzonego odżywienia.* Autor stosował leczenie insuliną u sześciu osobników, nie cierpiących na cukrzycę, o bardzo podupadłem odżywieniu. U wszystkich uzyskał szybki wzrost wagi i poprawę ogólnego stanu.

Autor poddaje dokładnej analizie złożony mechanizm tego działania. Jednym z głównych czynników jest tu wzmożone uczucie głodu, wywołane przez obniżenie poziomu cukru we krwi. Poza tem szybki przyrost wagi już w pierwszych dniach leczenia spowodowany jest przez zatrzymanie wody skutkiem wzmożonej pęczliwości tkanek. Wynika stąd zwiększone napięcie tkanek i lepszy wygląd chorego.

Dalszym czynnikiem byłby ponadto bezpośredni wpływ insuliny na przemianę węglowodanów w tłuszcze. Koniecznym warunkiem prawidłowego toku leczenia jest dostarczanie choremu dużej ilości węglowodanów dla uniknięcia zbytniego obniżenia się poziomu cukru we krwi.

G. Audin: *Uwagi o wyborze miejsca dla zakładania zespolenia żołądkowo-jelitowego.* Autor wypowiada uwagi krytyczne o powszechnie przyjętym sposobie umieszczania możliwie szerokiej gastroenterostomji w najniższym punkcie żołądka. Sposób ten zapewnia coprawda łatwe i dokładne opróżnianie się żołądka, ma jednak pewne niedogodności. Zbyt szybkie przechodzenie pokarmów do jelita wyklucza trawienie żołądkowe i staje się przyczyną objawów dyspeptycznych. Żołądek zatraca swą sprawność motoryczną, poza tem ciągłe zetknięcie soku żołądkowego z śluzówką jelita, stwarza warunki do łatwego powstawania wrzodów trawiennych tegoż.

Sposób ten nadawałby się więc do stosowania tylko w przypadkach znacznej rozstrzeni i atonji żołądka. We wszystkich innych, dla zachowania możliwie fizjologicznych warunków trawienia należałoby anastomozę umieszczać nieco ponad najniższym punktem żołądka i nadawać jej szerokość około 2 cm.

Nr. 14.

N. Fiessinger i A. Lemaire: *O zastosowaniu lipjodolu jako środka rozpoznawczego i leczniczego w sprawach wysiękowych pochodzenia gruźliczego.* Wprowadzenie lipjodolu do jamy opłucnowej może ułatwić zorjentowanie się w topografji wysięków, zwłaszcza otorbionych. Autorowie używali w tym celu dwu roztworów lipjodolu: ciężkiego (0,44 jodu w 1 cm³) i lekkiego (0,1 jodu w 1 cm³). Podczas gdy lipjodol ciężki opadał na dno, lipjodol lekki układał się na powierzchni wysięku, pozwalając w ten sposób oznaczyć w obrazie roentgenowskim dokładne jego granice. Opierając się na wynikach doświadczeń na śwince morskiej, gdzie wprowadzony wśródotrzewnowo lipjodol wywoływał znaczne wzmożenie się leukocytozy, autorowie próbowali zastosować go w leczeniu wysięków gruźliczych. W tym celu w odstępach 15 dniowych wprowadzali do zmienionej chorobowo jamy surowiczej 10 cm³ lipjodolu (w tem 5 cm³ lipjodolu lekkkiego, zaś 5 cm³ ciężkiego). Stosując powyższe leczenie u 8 chorych autorowie otrzymali w 3 przypadkach zmniejszenie się wysięków i poprawę ogólnego stanu. Dwa przypadki wysięku opłucnowego przy gruźlicy napadowej nie okazały żadnego polepszenia. W 3 przypadkach gruźlicy podostrej powikłanej wysiękiem, sprawa swoista uległa zaostrzeniu, tak iż w krótkim czasie nastąpiło zejście śmiertelne. Przypadki gruźlicy postępującej stanowiłyby więc przeciwwskazanie dla wprowadzania lipjodolu do jamy opłucnowej.

E. Donzelot: *O mechaniźmie rytmu serca.* Autor przedstawia swą własną teorję powstawania prawidłowego i patologicznego rytmu serca. Przyjęte powszechnie zapatrywania o powstawaniu prawidłowych bodźców w węźle wpustowym i przewodzeniu ich przez wiązkę Hissa do komór, nie tłumaczy wielu zjawisk patologicznych, jak n. p. tych, gdzie częstość skurczów komór jest większą od skurczów przedsionków.

Według autora bodźce dla skurczów przedsionków i komór powstają oddzielnie, pod wpływem zadziałania zwiększonego ciśnienia wewnątrzsercowego wywołanego przez przypływ krwi, na aparat nerwowy ścian przedsionków względnie komór. Wpływ przedsionka na wywołanie skurczu komory polegałby więc jedynie na wciśnięciu do tej ostatniej pewnej ilości krwi i podwyższeniu ciśnienia wewnątrzkomórkowego, które jest bezpośrednią przyczyną skurczu. Różnice w rytmie przedsionkowym i komorowym wywołane doświadczalnie przez przecięcie wiązki Hissa polegają według autora na uszkodzeniu zwojów nerwowych mieszczących się w przegrodzie komorowej. Podobnie wytłumaczyć można zespół objawów Adams-Stokes'a.

J. Sarf: *O wynicowaniu zupełnem macicy.* Opis przypadku wynicowania zupełnego macicy po porodzie u młodej pierwiastki, zakończonego zejściem śmiertelnem. Przypadki te naogół bardzo rzadkie, dają pomimo natychmiastowego reponowania, duży odsetek śmiertelności. Śmierć następuje zazwyczaj wśród objawów głębokiego wstrząsu, wywołanego przez zadrażnienie dużych zwojów nerwowych małej miednicy.

Pagniez: *O niektórych środkach moczopędnych.* Referat zbiorowy streszczający prace autorów amerykańskich nad moczopędnem działaniem mocznika (w dawkach od 30—60 gr. dziennie), jakoteż prace autorów amerykańskich i niemieckich nad działaniem novasurolu podawanego dożylnie i wśródmięśniowo.

Nr 15.

S. de Jong i Lestocquoy: *Bronchopneumonia przewlekła u oseska z kiłą dziedziczną.* Wyczerpujący opis przypadku przewlekłego zrazikowego zapalenia płuc u oseska, które po 6 miesięcznem trwaniu doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Badanie sekcyjne wykazało rozległą marskość obu płuc. Przy badaniu drobnowidowem uderzał charakter nacieków dokołaoskrzelowych składających się prawie wyłącznie z dużych komórek jednojądrzastych, i metaplazja nabłonka pęcherzykowego dająca miejscami obrazy zbliżone do nowotworowych. Obecność wczesnej krzywicy, powiększenie gruczołów obwodowych zwłaszcza łokciowych nasuwa prawdopodobieństwo kiłowej etiologji zmian płucnych.

L. Strominger: *Uwagi nad ropniami przerzutowemi gruczołu krokowego przy zakażeniach gronkowcami.* Ropnie gruczołu krokowego są względnie częstem powikłaniem zakażeń gronkowcowych skóry. Wywołane są one bądź przez rozsianie się sprawy drogą naczyń krwionośnych, bądź przez zakażenie zarazkami wydzielanemi często z moczem. W tych przypadkach leczenie polega na nacięciu i opróżnieniu ropnia przy równoczesnem stosowaniu szczepionki. Pewien odsetek przypadków daje zejście śmiertelne skutkiem ogólnej ropowicy. Autor przytacza 4 obserwowane przez siebie przypadki zakończone niepomyślnie. U jednego z nich śmierć nastąpiła skutkiem krwotoku w nadżartej *art. coeliaca.* Wczesne stosowanie szczepionki w przypadkach furunkulozy zapobiegałoby w wielu przypadkach fatalnym powikłaniom.

P. Hauduroy: *Obecny stan poglądów na istnienie postaci zarazka gruźlicy przechodzących przez filtry.* Referat zbiorowy.

Czeżowska (Lwów).

The Journal of Nervous and Mental Disease.

1925 r. T. 62. Nr. 1.

Jens Chr. Smith: *Nietypowe psychozy i różnorodne obarczenia dziedziczne.* Na dużym materjale klinicznym autor stwierdził, że u potomstwa osobników obarczonych różnorodnemi chorobami umysłowemi, jak również u potomstwa osobników dotkniętych psychozą manjakalno-depresyjną zdarzają się w połowie przypadków choroby umysłowe nietypowe, podobne do kombinacji dwóch typów chorób umysłowych, a mianowicie otępienia wczesnego i psychozy manjakalno depresyjnej. W niektórych przypadkach po szeregu napadów manjakalno depresyjnych występują zmiany umysłowe typowe dla otępienia wczesnego, w innych na tle stałych zmian psychicznych występują okresowo napady podobne do manjakalno depresyjnych, w innych wreszcie występują kolejno napady manjakalno-depresyjne lub schizofreniczne. Ujawniać się również mogą w tych przypadkach cechy padaczkowe w postaci nadzwyczajnej popędliwości lub stanów zamroczenia. Na podstawie powyższych spostrzeżeń autor wnioskuje, że potomstwo dwojga osobników, z których jedno obarczone jest w kierunku schizofrenji, drugie w kierunku psychozy manjakalno-dypresyjnej wykazuje znaczną liczbę chorych umysłowo, z których

połowa cierpi na jedną z typowych postaci tych chorób, zaś druga połowa na postacie nietypowe, mieszane.

George B. Hussin i John Farill: *Przypadek o postaci klinicznej zapalenia rdzenia grzbietowego bez zmian anatomicznych w rdzeniu.* Przypadek porażenia kończyn dolnych z zaburzeniami i zmianami w odruchach ścięgnowych i skórnych, w którym badanie pośmiertne wykazało przerzuty raka w śródpiersiu, mostku oraz 2-gim i 3-cim kręgu grzbietowym, zaś badanie drobnowidowe rdzenia nie wykazało w nim żadnych zmian patologicznych. Jedynie na obwodzie zewnętrznym opony twardej rdzenia w okolicy górnych odcinków grzbietowych stwierdzono lekkie nacieczenie komórkowe oraz przekrwienie i zapalenie otoczek korzeni tylnych w górnej części rdzenia grzbietowego; na przekrojach rdzenia liczne ciałka amyloidowe.

Nr. 2.

W. A. Smith i L. J. Foster: *Leczenie kiły mózgowo-rdzeniowej bizmutem.* Autorzy posługiwali się preparatem bizmutu metalicznego w postaci zawiesiny w oliwie, jeden cm³ tej zawiesiny zawierał 10 centigram. bizmutu. Zastrzykiwali tę zawiesinę do pośladka w ilości 2 ccm. 2 do 3 r. na tydzień. Kurs leczenia obejmował 12 zastrzyknięć, poczem drugie 12 zastrzyknięć otrzymywał pacjent po 2 miesięcznej przerwie. W cieczy mózgowo-rdzeniowej bizmutu nie odnajdywali. Chorzy znosili leczenie dobrze i nie wykazywali zaburzeń ze strony narządów trawiennych, ani też białkomoczu, na błonę śluzową jamy ustnej bizmut nie wywierał wpływu ujemnego. Leczeniu bizmutem poddano ogółem 27 przypadków kiły mózgowo-rdzeniowej przeważnie z objawami niedowładu kurczowego kończyn dolnych, zaburzeniami w moczeniu, bolami i drętwieniem w kończynach, oraz zaburzeniami czucia. W kilku przypadkach przeważały objawy mózgowe: niedowład połowiczy, objawy oponowe, bole, zawroty głowy, osłabienie wzroku, porażenia nerwów czaszkowych; w kilku przypadkach przy braku zmian przedmiotowych występowały dolegliwości natury czynnościowej, wreszcie w 2 przypadkach objawy zespołu Parkinsona. Pod wpływem leczenia bizmutem ustępowały bole, drętwienia, zawroty głowy, bole głowy i zaburzenia w moczeniu, stany kurczowe w kończynach zmniejszały się, chód poprawiał się, dolegliwości o charakterze czynnościowym ustępowały, zmiany przedmiotowe w układzie nerwowym nie ulegały jednak wyraźnej poprawie, odczyn Wassermanna we krwi i w cieczy mózgowo-rdzeniowej pozostawał bez zmiany. Pomimo to autorzy uważają bizmut za środek skuteczny w kile mózgowo-rdzeniowej, gdyż usuwa on przedewszystkiem dolegliwości przedmiotowe.

Rasdolsky: *Asymetrja półkul mózgowych u ludzi i zwierzat.* Asymetrja półkul mózgowych ujawnia się w tem, że czynności, takie jak, mówienie, pisanie, czytanie, poznawanie wzrokowe i słuchowe są umiejscowione tylko w jednej półkuli mózgowej. Ta asymetrja półkul mózgowych jest zjawiskiem stwierdzonem wyłącznie u ludzi, podczas gdy zwierzęta, nawet najwyżej rozwinięte nie ujawniają jej zupełnie. Asymetrja u ludzi dotyczy dwóch kategoryj czynności: ruchowej wykonawczej (praxis) i poznawczej (gnosis) i znajduje wyraz w wyższym i doskonalszym rozwoju jednej z półkul, mianowicie lewej. Rozwój asymetryczny półkul mózgowych jest cechą wrodzoną i przekazywaną dziedzicznie. Przyczynę wyższego rozwoju l. półkuli mózgu starano się wyjaśnić lepszem ukrwieniem tej półkuli z powodu większej szerokości lewej tętnicy szyjnej (Oyle, Lueddeckens), lecz badania późniejsze nie potwierdziły tego przypuszczenia. Bardziej uzasadnionem jest przypuszczenie Webera, który uzależnia wyższy rozwój półkuli lewej od czynnościowej przewagi prawej ręki ujawniającej się w pisaniu tą ręką, przypuszczenie to jest jednak zbyt ciasne i zostało już przed Weberem szerzej ujęte przez Erlenmeyera, Bichat, Broca, którzy uzależnili przewagę rozwoju lewej półkuli od przewagi czynnościowej prawej ręki. Autor staje również na gruncie tego przypuszczenia i uzależnia wyższy rozwój lewej półkuli mózgu od praworęczności, uzasadniając swoje przypuszczenia rozważaniami nad rozwojem większej sprawności ruchowej prawej ręki, nad rozwojem mowy, pisania, czytania i poznawania wzrokowego oraz słuchowego.

1926 r. T. 63. Nr. 2.

Joseph Byrne: *Zachowanie się źrenic w zaburzeniach somatycznych i trzewnych w związku z bolami odniesionemi i nadwrażliwością (The pupils in somatic and visceral disorders in association with referred pain and hyperalgesia).* W pracy niniejszej autor omawia odruch źrenic, nazwany przez niego rzekomo paradoksalnym. Odruch ten występuje wówczas, gdy jakaś część ciała lub jakiś narząd wewnętrzny ulegnie uszkodzeniu, następuje wówczas rozszerzenie źrenicy (faza dodatnia odruchu) przytem o ile dana część ciała lub narząd wewnętrzny otrzymuje unerwienie czuciowe od części rdzenia, znajdującej się powyżej 10-tego odcinka grzbietowego rozszerzenie źrenicy następuje po tej samej stronie ciała, po której znajduje się uszkodzona część ciała lub narząd, o ile zaś unerwienie czuciowe pochodzi od części dolnej rdzenia, poniżej 10-tego odcinka grzbietowego, rozszerzenie źrenicy następuje po stronie przeciwnej. Wobec tego uszkodzenia ciała powyżej linji biegnącej przez pępek wywołują rozszerzenie źrenicy po tej samej stronie, zaś uszkodzenia ciała poniżej linji pępkowej wywołują rozszerzenie źrenicy po stronie przeciwnej. To samo tyczy się narządów wewnętrznych, z tem jednak zastrzeżeniem, że niektóre narządy umieszczone poniżej linji pępkowej otrzymują unerwienie od części rdzenia, znajdujących się powyżej 10-tego odcinka grzbietowego. Po pewnym czasie gdy ból wywołany uszkodzeniem uspokoi się zupełnie następuje zwężenie uprzednio rozszerzonej źrenicy, jestto faza ujemna odruchu rzekomo paradoksalnego. Dodatni odruch rzekomo paradoksalny może być wywołany przez podrażnienie chorych narządów n. p. przez ucisk na te narządy. Autor zbadał warunki powstawania odruchu rzekomo paradoksalnego źrenic na szeregu zwierząt, u których wywoływał uszkodzenie różnych okolic ciała i rozmaitych narządów wewnętrznych oraz w szeregu spostrzeżeń na ludziach, cierpiących na schorzenia różnych narządów lub na uszkodzenia różnych okolic ciała. Jednocześnie w przypadkach schorzenia narządów wewnętrznych autor badał bole odniesione (referred pain) i nadwrażliwość okolic ciała, odpowiadających tym narządom swem unerwieniem czuciowem i stale stwierdzał istnienie tej nadwrażliwości powierzchownej, występującej przy lekkiem podrażnieniu powłok, i głębokiej, występującej przy ucisku na daną okolicę. Nieraz jednak nadwrażliwość występuje wyraźnie dopiero po ucisku na chory narząd, przytem nadwrażliwość głęboka bywa stalszą i trwalszą aniżeli powierzchowna. Autor sądzi, że badanie odruchu rzekomego paradoksalnego źrenic oraz badanie bolów odniesionych i nadwrażliwość może się stać pomocniczą metodą rozpoznawczą w przypadkach chorób narządów wewnętrznych, zwłaszcza w przypadkach umiejscowienia ogniska chorobowego po jednej stronie ciała, pozwala ono również stwierdzić przedmiotowo istnienie bolów i odróżniać schorzenia istotne od symulowanych.

G. H. Parker: *Otępienie wczesne u bliźniąt.* Wśród bliźniąt należy rozróżniać dwa rodzaje, jedne według uzasadnionych przypuszczeń pochodzą z jednego i tego samego jajka, które w dalszym swym rozwoju ulega rozdwojeniu, drugie pochodzą z jajek odrębnych, które uległy zapłodnieniu jednocześnie i rozwijają się nadal równorzędnie. Pierwszy rodzaj bliźniąt odznacza się zupełnem podobieństwem co do płci, wyglądu zewnętrznego, właściwości umysłowych i cech charakteru, wśród bliźniąt drugiego rodzaju podobieństwo może być nie większe aniżeli pomiędzy rodzeństwem wogóle. Bliźnięta pierwszego rodzaju jako pochodzące z identycznych komórek zarodkowych wykazują skłonność do zapadania na identyczne choroby dziedziczne. O ile więc jakieś cierpienie powstaje u takich bliźniąt podobnej postaci, przemawia to za tem, że powstaje ono na tle wrodzonego obarczenia. Autor opisuje przypadki otępienia wczesnego u 2 par bliźniąt, powołuje się na zebrane w piśmiennictwie kilka przypadków podobnych u bliźniąt i wnioskuje, że przypadki te stanowią jeden z bardziej przekonywujących dowodów, przemawiających za tem, że otępienie wczesne jest chorobą powstającą na tle wrodzonego usposobienia, przekazywanego dziedzicznie.

Simon Rothenberg: *Cztery niezwykle przypadki ucisku rdzenia.* W pracy tej autor podaje cztery niezwykłe przypadki ucisku rdzenia, w których sprawę uciskową stwierdzono podczas zabiegu chirurgicznego. W pierwszym z tych przypadków ucisk został spowodowany przez zapalenie szpiku kostnego 9 i 10-go kręgu grzbietowego i ropień nadtwardówkowy. Obraz kliniczny ucisku rdzenia rozwinął się w tym przypadku w ciągu kilku dni. W przypadku drugim zabieg chirurgiczny wykazał, że ucisk na rdzeń został spowodowany przez *cysticerus cellulosae,* którego pęcherzyki wydobyto z pod opony twardej na poziomie 9—10-ego kręgu grzbietowego. W trzecim przypadku u osobnika, który przed trzema laty zaraził się kiłą stwierdzono podczas operacji ucisk na rdzeń w okolicy 8-ego 9-tego i 10-go kręgu grzbietowego spowodowany przez nowotwór *(endothelioma).* Wreszcie w przypadku czwartym objawy ucisku na rdzeń wystąpiły w przebiegu pseudoleukemji (choroby Hodgkins'a) i ustąpiły pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena.

J. Koelichen (Warszawa).

The Journal of nervous and mental disease.

Vol. 61. N. 1. 1925. (New-York).

White W. *Metoda porównawcza w psychiatrji (The comparative method in psychiatry).* Autor uzasadnia konieczność wprowadzenia i stosowania na większą skalę metody porównawczej w badaniach psychiatrycznych. Psychiatrja, jako jedna z nauk lekarskich, musi szukać właściwych dróg dalszego rozwoju w takim kierunku, jaki już w innych gałęziach medycyny przeszedł próbę ogniową i przyczynił się do wzbogacenia naszej wiedzy. Metoda porównawcza jest istotnie biologicznym sposobem badania zjawisk. Nauki lekarskie, a tem samem i choroby psychiczne, stanowią część nauk biologicznych, muszą więc ulegać jednakim prawom. Psychologja i psychopatologja dopiero wówczas zajmą należne im miejsce, gdy zastosują metodę porównawczą, gdy więc zwrócą się do badań nad rozwojem właściwości psychiki dziecka, ludów pierwotnych i zwierząt. Więcej należy udzielić miejsca badaniom zakresu wyrazowego, ruchowego, uczuciowego, wzruszeniowego i instynktów, dotychczas bowiem zajmowano się głównie raczej analizowaniem treści myślenia i wrażeniami. Jako zachęcające przykłady takich badań autor przytacza prace, prowadzone metodą porównawczą nad rozwojem języków, powstawaniem liczb, pierwotnem myśleniem u dzieci i ludów niecywilizowanych, nad schizofrenją (Storch, Lévy-Bruhls v. Domarus, Wildermuth).

Metoda porównawcza daje możność przejścia od opisywania i klasyfikowania do tłumaczenia zjawiska lub objawu psychicznego do ustalenia związku, istniejącego między objawem psychicznym, a innemi objawami ustroju.

Krabbe K.: *Dysostosis qleido-cranialis z zaburzeniami przemiany materji. (Dysostosis cleidocranialis with metabolic disturbances).* U 28-letniego mężczyzny stwierdzono badaniem klinicznem i roentgenologicznem niedorozwój kości czaszkowych i obojczyków. Brak tkanki kostnej szerokości 4—5 cm. w okolicy odpowiadającej ciemiączku przedniemu na stropie czaszki, z zatokami szczelinowatemi ku przodowi, tyłowi i do boków. Brak tętnienia nad tym ubytkiem. Obecne tylko przyśrodkowe połowy obu obojczyków, pozostałe zaś części w postaci sznurów. Biodra szpotawe, kolana koślawe, kość nosowa niewykształcona, zęby nieprawidłowe. Poza tem kości, mięśnie, stawy, narządy wewnętrzne bez zmian, ze strony układu nerwowego również brak zmian przedmiotowych. Psychicznie dziecinny, miewa omamy o treści urojeniowej. Podstawowa przemiana materji wzmożona o 30—37%. Brak objawów kiły, chociaż matka i babka chorego przechodziły kiłę. Autor wyklucza kiłę i krzywicę jako przyczynę schorzenia. Opierając się na 100 przypadkach tej choroby, opisanych w piśmiennictwie, autor przeciwstawia poglądowi o pochodzeniu jej na tle zmian w czynnościach gruczołów dokrewnych, własny pogląd. Sądzi, że chodzi tu o sprawę rodzinną i dziedziczną, dotyczącą nieprawidłowości w rozwoju całego ustroju, nietylko czaszki i obojczyków, czego dowodów dopatruje się w stwierdzonych przez siebie zaburzeniach przemiany materji i w licznych zmianach o typie rozwojowym, podawanych przez innych autorów (kości, mięśni) położenia trzew, tycie, padaczka, jamistość rdzenia, głuptactwo i t. d.).

Peck M. *Życie płciowe w wyższych szkołach męskich (The sex life of college men).* Autor zajmuje się sprawą homoseksualizmu u młodych ludzi. Na podstawie ankiety określa odsetek homoseksualnych jako 13% (w 28 przypadkach — tak, w 181 — nie). Wśród 60 młodzieńców, badanych osobiście, u 9 udało się wykazać albo wyraźny homoseksualizm, albo cechy homoseksualne. Autor przytacza historję tych 9 badanych, nie wdając się w głębszą analizę objawu. U większości stwierdził cechy neuro- i psychopatji (lęki, natręctwa, stany przygnębienia, raz psychozę depresyjną). U wielu skłonność i upodobania artystyczne. W końcu pracy autor wyraża nadzieję, że tą drogą pogłębi się zrozumienie i zapobieganie temu zboczeniu.

Maclaire A. *Przypadek porażenia okresowego z powiększeniem tarczycy. (A case of periodic paralysis associated with thyroid enlargement).* Przypadek dotyczy mężczyzny, u którego od 8 lat występowały początkowo krótkotrwałe osłabienia kończyn dolnych, potem i górnych, stopniowo coraz silniejsze, tak że chory nie mógł wstawać, siadać i przewracać się z boku na bok. Napady te trwały od kilku dni do kilku tygodni. Poza tem częste bole głowy. Poprzednio chorował na ropne zapalenie miedniczek nerkowych i przeszedł dwie operacje na nerkach. Kiły nie przechodził; w dzieciństwie przebył jakąś chorobę mózgową. W rodzinie nikt tak samo nie chorował. Badanie przedmiotowe w czasie wolnym od napadu wykazało jedynie drżenie rąk, brak lewego odruchu brzusznego, nierówność szpar powiekowych (lewa większa), rozbieżne ustawianie się prawej gałki ocznej przy ruchu zbieżnym, nieznaczne zbaczanie języka na prawo. Prócz tego powiększenie prawego płata tarczycy i 0,11% cukru we krwi, wreszcie w moczu objawy swoiste dla przewlekłego zapalenia miedniczek nerkowych. Badania serologiczne i chemiczne krwi, moczu, zmian innych nie wykazały. Przypadek swój uważa autor za okresowe porażenie, powiększenie tarczycy za objaw przygodny bez związku ze sprawą główną.

S. Pieńkowski (Warszawa).

Archives of Pediatries.

Vol. XLIII. W. 1. Styczeń 1926.

Lewis M. Silber. *Klinika Vanderbilta. Krótki zarys historyczny kliniki pedjatrycznej w Nowym Yorku, fundowanej przez Vanderbilta.*

Mark S. Reuben: *Choroby układu hematopoetycznego.*

W. C. A. Steffen: *Przypadek odmy płucnej i ropnia płucnego, komplikujących koklusz.*

Mark S. Reuben: *Skręt torbieli jajnikowej u dziecka.*

A. Smith i S. J. Ferber: *Arthritis deformans.*

S. Horwitt: *Makropomia congenitalis.*

Władysław Mikułowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dentystyczny. Rok VI. zeszyt 3 z marca 1926.: — H. Gelbard: Nowoczesne metody leczenia i plombowania korzeni zębów (dok.). — Przegląd piśmiennictwa. — Oficerska Szkoła sanitarna.

Wiadomości farmaceutyczne. Rok. III. zeszyt 14 z 4 kwietnia 1926: — B. Hepner: O solach zespolonych arsenobenzolu. — Pharmacopeä svecica ed. X. — Przegląd piśmiennictwa. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Nowiny Lekarski: Rok XXXVIII. zeszyt 7 z dnia 1 kwietnia 1926: L. Skubiszewski: Powstanie nowotworów złośliwych na tle urazu. — Prof. Browicz. Nieco o włóknieniu tkanki gruźliczej. — Prof. Browicz: W sprawie odpowiedzi Dr. Sterlinga. A. Wirszubski: Coma neoplasmaticum. — A. Nowiński Podstawowe zasady higjeny szkolnej.

Polska dentystyka: Rok IV. zeszyt 2 za marzec i kwiecień 1926: — S. Srokalski: Arszenik i jego zastępki, a leczenie miazgi. — Fr. Stempniewicz. Jakie powinno być racjonalne postępowanie przy leczeniu zgorzeli miazgi zębów trzonowych stosowane w Kasach Chorych. — Dr. Allerhand: O współczesnem leczeniu korzeni. — prof. A. Cieszyński: Projekt ustawy normującej wykształcenie stomatologów w Polsce. — Ustawa o specjalizacji dentystycznej w Austrji.

Wiadomości farmaceutyczne. Rok. LIII. Nr. 15. z 11 kwietnia 1926: — T. Tugendhold: Kokainizm; — Pharmacopea svecica, ed. X. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Rocznik psychiatryczny. Zeszyt III.: — Śp. Prof. Dr. Antoni Mikulski. — W. Sterling: „Psychologja ś. p. prof. Dr. A. Mikulskiego. — K. Mikulski: Przypadek napadowego krzyku i zaburzenia woli w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. — R. Radziwiłłowicz: Determinizm i indeterminizm. — R. Zagórski: O konieczności reorganizacji szpitalnictwa psychiatrycznego. — Fr. Wichert: Zespół parkinsonowski w porażeniu postępującem. — J. Bednarz: Umysłowo chory podejrzany o przestępstwo, a ustawa postępowania karnego. — M. Brunowa: Obarczenie dziedziczne trzech rodzin. — G. Pychowski: Zespoły schizofreniczne i parafreniczne zewnątrzpochodne. — J. Mazurkiewicz: Syntonja i schizoid.

Lekarz Kasy chorych: Ubezpieczenia społeczne w Anglji. — Projekt umowy z K. chorych.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Forbildung in 12 Monatschetten. 1926. Zeszyt 3. (Monachium, J. F. Lehmann).

Treść: 1) Prof. Bergmann: O przewlekłym nieżycie żołądka, achylia gastrica i diarrhoea gastrogenes. — 2) Prof. Grunenberg: Roentgenologiczne badanie pęcherzyka żółciowego, jego znaczenie kliniczne i zużytkowanie praktyczne. — 3) Prof. Leschke: Przemiana materji a śródmózgowie. — 4) Prof. Nägeli: Analiza niedokrwistości. — 5) Prof. Fuld: Przegląd piśmienictwa z zakresu chorób narządu trawienia i przemiany materji.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe w dniu 29 stycznia 1926 r.

Przewodniczący Kol. Grek, obecnych 104 członków.

1. Kol. Lachmund przedstawia *przypadek zwężenia odźwiernika na tle gruźlicy żołądka,* wyleczony resekcją. Umiejscowienie gruźlicy w żołądku należy do rzadkości; wedle statystyki Gosmanna przypada na ogólną ilość sekcyj 0.31% wrzodów gruźliczych żołądka, a 0.76% na ogólną liczbę sekcyj zmarłych na gruźlicę. Klinicznie wyjątkowo tylko sprawa ta bywa rozpoznawana: do takich przypadków należy obecny, który jest już trzecim z rzędu, obserwowanym w ciągu 2 lat na oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego. U chorej lat 17 o typowym wyglądzie zołzowym *(habitus scrophulosus)* stwierdza się blizny po zołzach na szyi, brak zmian w płucach, podczas gdy na pierwszy plan wybijają się dolegliwości żołądkowe. Badanie treści żołądkowej wykazało: *hypaciditas* oraz zaległości pokarmowe; badanie roentgenowskie: żołądek atoniczny, o dolnej granicy biegnącej 4 palce poniżej pępka, zupełną zaległość treści po 6 godzinach.

Laparatomja wykazała guz w odźwierniku, gruczoły okołożołądkowe nacieklé, powiększone. Wykonano resekcję. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Chora obecnie odżywia się normalnie, przybrała na wadze. Guz żołądka wykazuje na przekroju naciek w tkance podśluzowej, a w błonie śluzowej w odźwierniku szparowaty ubytek. Na przekroju jeden gruczoł zserowaciały. Badanie mikroskopowe (kol. Schusterówna) potwierdziło rozpoznanie sprawy gruźliczej, wykazując najstarsze zmiany w gruczełach naogół jeszcze bez tendencji do zserowacenia, a w błonie śluzowej żołądka pojedyncze świeże gruzełki w sąsiedztwie ubytku, który sięga w głąb grudki chłonnej o wybitnem utkaniu specyficznem.

Całość obrazu klinicznego wobec braku zmian w płucach u osobnika z gruźlicą gruczołową oraz obrazu histologicznego przemawia za zakażeniem drogą naczyń chłonnych z przewodu pokarmowego.

Mówca nawiązuje do 2 poprzednich przypadków, które były sekcjonowane, w jednym również przy braku zmian w płucach na tle gruźlicy okrężnicy i gruczołów krezkowych przeszedł proces gruźliczy *per continuitatem* na żołądek drogą naczyń chłonnych, w drugim wśród rozpadowej gruźlicy płuc powstały drogą inokulacji 4 wrzody gruźlicze żołądka.

Co do rozpoznania gruźlicy żołądka, to wystąpienie u chorych gruźliczych roetgenologicznie stwierdzonych zmian w żołądku przy uwzględnieniu charakterystycznej hyp — względnie anaciditas powinno nasunąć podejrzenie sprawy gruźliczej. Leczenie operacyjne usuwając ognisko gruźlicze w żołądku, upośledzające tak ważne dla leczenia gruźlicy odżywianie chorego, powinno być jak najszybciej przeprowadzone przy ogólnym dobrym jeszcze stanie chorego.

2. Kol. Ziembicki a) omawia *przypadek olbrzymiego serca (cor bovinum),* które na kliszy roentgenowskiej zajmuje prawie całą szerokość klatki piersiowej. Rozpoznanie kliniczne i anatomiczne *insufficienta et stenosis valv. mitralis;*

b) nawiązując do poprzedniego posiedzenia okazuje dzieło. *„O chirurgji opatrunkowej"* Rafała Czerwiakowskiego z *ex libris'em* Bierkowskiego, o którym dodaje szczegóły bibljograficzne.

3. Kol. Gruca przedstawia 24 letniego *chorego z jednostronną skośnością szczęki (progenia unilateralis).* W wywiadach zapalenie ucha środkowego i odra. Przed około 10 laty zauważono skrzywianie się brody ku stronie lewej i wysuwanie dolnych zębów ku przodowi. Zczasem stan pogorszył się. zjawiły się bóle i trzeszczenie w stawie szczęki przy ruchach. Przez szereg lat był leczony jako acromegalja.

Z chwilą przyjęcia na tutejszą klinikę chirurgiczną w kwietniu 1925. stwierdzono u zdrowego zresztą mężczyzny wysunięcie brody o ok. 3 cm. ku przodowi i o ok. dwa i pół cm na lewo do linji środkowej. Przy zamknięciu ust pr. górny kieł padał na pierwszy prawy dolny ząb trzonowy, siekacze dolne były wysunięte przed górne, prawa krawędź i kąt szczęki znacznie obniżone. Ruchomość szczęki utrzymana. W okolicy prawego stawu żuchwowego, wyczuwalne, i słyszalne trzeszczenie. Rozpoznano przerost prawej główki szczęki. Zdjęcie Roentgenowskie (Dr. Meisels) wykazało znaczny przerost główki i wyrostka pionowego, a w mniejszym stopniu i ramienia poziomego prawej połowy szczęki.

U chorego, wychodząc z cięcia poziomego na dolnym brzegu łuku jarzmowego, zaginającego się przed małżowiną uszną ku dołowi, usunięto zmienioną główkę stawową. Przedstawiała się ona jako nieregularna, odwrócona piramida, dług. ok. 5 cm, szerokości do 3.3 cm, posiadała po stronie przyśrodkowej dwa wyrośla kostne, górne pokryte, podobnie jak reszta rozszerzonej powierzchni stawowej prawidłową chrząstką. Przebieg pooperacyjny powikłany był przejściowym niedowładem nerwu twarzowego. Po tygodniu chory mógł zupełnie dobrze otwierać i zamykać usta. Zgryz wrócił do normy po usunięciu górnych i spiłowaniu dolnych zębów trzonowych. Zniekształcenie twarzy znikło, pozostało tylko nieznaczne obniżenie prawej krawędzi szczęki, spowodowane przerostem ramienia poziomego szczęki dolnej i zniekształceniem szczęki górnej. Wynik czynnościowy doskonały. Badanie drobnowidowe usuniętej główki wykazało kość prawidłową z wyraźnemi objawami szybkiego wzrostu i kostnienia na granicy chrząstki stawowej i kości.

U drugiego chorego spostrzeganego na klinice Lwowskiej istniał przerost wyrostka stawowego lewego żuchwy, bez znaczniejszych zmian w kształcie główki. Wada istniała od dzieciństwa. W trzecim przypadku u 21 letniej studentki wyrostek stawowy prawy był wydłużony, twarz typowo zniekształcona, a równocześnie przewlekły nieżyt ucha środkowego po stronie chorej.

Przypadków tego rodzaju opisano dotychczas 14 (Heath, Mc Carthy, Adams, Eiselsberg, Voelker, Riedel, Grube, Eckert, Lochmann).

We wszystkich istniał przerost główki lub całego wyrostka stawowego po jednej stronie. Tło cierpienia jest nieznane. Przyjmowano wpływ zapalenia, zaburzenia odżywcze i nerwowe, wadę wrodzoną lub nabytą położeniem śródmacicznem. Cierpienie jest wyłącznie miejscowem. Poza nieznacznemi zmianami w utkaniu kości ramienia poziomego szczęki, w żadnym z przypadków nie stwierdzono niczego, coby pozwalało zaliczyć to cierpienie do grupy hyperostoz rozlanych *Leonthiasis ossea).* Leczenie może być tylko operacyjne. Najlepszym sposobem jest usunięcie powiększonej główki szczęki, gdyż ona wydaje się być właściwem siedliskiem cierpienia, i powinno być wykonane jak najwcześniej, zwłaszcza u osobników młodych, ze względu na możliwość powstania zniekształceń w obrębie szczęki górnej.

(Przypadek pierwszy został opisany w Pol. Przegl. Chir. 1926. z. 1., całość oddana do druku do amerykańskiego czasopisma „Annals of Surgery").

W dyskusji Kol. Meisels przedstawia *zdjęcia roentgenowskie tych przypadków* i omawia je z punktu widzenia roentgenologicznego. W przypadku pierwszym dopiero badanie roentgenowskie pozwoliło wykluczyć ogólne tło schorzenia (acromegalje i chorobę Pageta) i wykazało miejscową przyczynę zniekształcenia szczęki. Zmiany wykazane przez zdjęcia roentgenowskie polegają:

1. Na zniekształceniu i silnem powiększeniu całego prawego wyrostka stawowego (prawie dwa razy szerszy od wyrostka strony lewej, składa się z kilku nierówno konturowanych wzgórków, oddzielonych od siebie płytszemi i głębszemi rowkami).

2. Na wydłużeniu i zgrubieniu całego ramienia pionowego, łukowato na zewnątrz wygiętego i

3. Na znacznem wysadzeniu ku przodowi silnie powiększonego ramienia poziomego.

W ramieniu pionowem budowa wewnętrzna kości prawidłowa. W ramieniu poziomem uderza budowa części gąbczastej, wykazującej strukturę siateczkowatą o niezwykle szerokich oczkach. Kanał żuchwy wyraźnie widoczny. Cała lewa połowa żuchwy o zupełnie prawidłowej strukturze i konturach. W szczęce górnej lekka asymetria w wysokości wyrostka zębodołowego. Jamy boczne nosa o prawidłowej zawartości powietrza i gładkich konturach. Szkielet czaszki z wyjątkiem lekkiego zgrubienia w okolicy wzgórków czołowych, bez zmian.

Wobec braku zmian stukturalnych i morfologicznych w innych kościach czaszki można było też wykluczyć ogólne hyperostozy czaszki (objęte morfologiczną nazwą *leonthialis ossea)* i częściowe hyperostozy w znaczeniu Schüllera-Naity.

Pozostaje wobec tego do przyjęcia jako przyczyna tego jednostronnego przerostu szczęki mechaniczny wpływ powiększonego i zniekształconego wyrostka stawowego na cały trzon żuchwy. Choremu doradzono operację i po usunięciu wyrostka stawowego przez Prof. Schramma zniekształcenie, jak to dalsze roentgenogramy wykazują, znacznie się zmniejszyło.

Dwa następne przypadki wykazują znacznie mniejszy stopień tego zniekształcenia. W obu przypadkach równie. występuje przerost wyrostka stawowego, który w przypadku silniejszego skrzywienia jest maczugowato powiększony, bez zupełnej utraty jednak charakterystycznego kształtu. Zmiany w ramieniu pionowem i poziomem rozwinięte analogicznie jak w przypadku pierwszym, ale w znacznie mniejszym stopniu. Natomiast niema zupełnie zmian w wewnętrznej strukturze ramienia poziomego. Wogóle

zmiany w tych dwu ostatnich przypadkach mają bardziej cechy ogólnego przerostu, aniżeli zniekształcenia, co natomiast obok zmian w strukturze, w pierwszym przypadku przedewszystkiem uderza.

Wobec tego przypadek pierwszy stanowi, zdaje się, odrębną postać jednostronnego zniekształcenia szczęki dolnej, ale zbyt mała ilość roentgenogramów takich przypadków jest dotychczas znaną, by podział ten móc definitywnie przeprowadzić.

Kol. Cieszyński podaje, że pierwszy przypadek przedstawiony przez Kol. Grucę, obserwował przed mniej więcej 10 laty. (Chory liczył wtedy mniej więcej lat 14). Nieprawidłowość żuchwy prawej nie była jednak tak wybitna jak w dziesięć lat później, jak wykazuje maska gipsowa i fotografje z tego czasu, które wraz z ostatniemi przedstawia.

Stwierdziliśmy wówczas wybitną asymetrję twarzy — Przyczem kąt żuchwy prawej wykazywał kąt wybitnie rozwarty. Roentgenogramy nie wykazywały wówczas zmian w siodełku tureckiem; zmiany odnosiły się tylko do wyrostka kłykciowego i prawego trzonu żuchwy. Zęby dolne prawe wysunięte były tylko mniej więcej 2 mm. przed zęby górne. Poleciliśmy wówczas choremu przedstawić się, w okresach rocznych celem obserwacji. Przed 3 laty został chory przedstawiony w Tow. Lek. na posiedzeniu, na którem mówca nie był obecnym i wyrażono wówczas przypuszczenie, że rozrost prawej żuchwy będzie prawdopodobnie na tle akromegalji. Do tegoż rozpoznania nie mógł się C. przychylić ze względu na to, że sprawa jednostronnie się rozwijała. Natomiast rozpoznanie nasze opiewało: *jednostronna hypertrofja żuchwy*, przedewszystkiem zaś gałęzi wstępującej; przypadki, które Bockenheimer, Kaposi i Port zaliczają do *Leontiasis ossea* — pomimo, że brak zmian w szczęce górnej. — W literaturze chirurgicznej znalazł mówca jeszcze 8—10 publikacyj jednakowoż bez podania roentgenogramów i późniejszego badania mikroskopowego preparatu. W roku obecnym przedstawił się chory ponownie w zakładzie podczas nieobecności mówcy i zrobiono wówczas zdjęcie roentgenowskie i odlew gipsowy (pokaz). Na zdjęciach roentgenowskich C. stwierdził te same zmiany, które podał Kol. Meisels, odnoszące się przedewszystkiem do wyrostka kłykciowego; pozatem silny rozrost trzonu żuchwy i szeroko komorową budowę istoty gąbczastej na przestrzeni trzonowych zębów i przedtrzonowych, coby wskazywało na to, że nietylko dotknięta jest gałąź wstępująca, ale część trzonu żuchwowego. Resekcja części gałęzi wstępującej wraz z wyrostkiem kłykciowym była w tym przypadku najracjonalniejszym zabiegiem, umożliwiła cofnięcie szczęki dolnej, której zęby weszły prawie że w normalną artykulację, po spiłowaniu (obniżeniu) kilku zębów trzonowych. Efekt uzyskany w ten sposób pod względem funkcjonalnym i kosmetycznym jest doskonały.

Przypadek tego rodzaju jest jedynym, który podczas swej 25-letniej praktyki mówca wogóle obserwował

4. Kol. Falkiewicz wygłosił odczyt: *„Badania nad patogenezą ognisk w stwardnieniu rozsianem"*. (z pokazami świetlnemi). Po omówieniu teorji naczyniowej powstawania ognisk, za której przedstawicieli można uważać Siemerlinga, i Raeck'ego, opisuje F. te stany chorobowe, gdzie istotnie zmiany anatomo-patologiczne wykazują ścisłą zależność ogniska chorobowego od naczyń. Ogniska w stwardnieniu rozsianem, tylko pobieżnie badane, sprawiają czasem wrażenie ognisk naczyniowych, dokładne jednak badanie, serjami, wykazuje szereg cech, które przemawiają przeciwko zależności (w znaczeniu Siemerlinga i R.) od naczyń. W rozciągłości podłużnej nigdy nie dochodzą te ogniska do wielkości rejonów odpowiednich naczyń. Za podstawę porównania przyjął F. wyniki badań Kadyiego oraz Adamkiewicza nad naczyniami rdzenia. W obrębie nawet starych ognisk, spotyka się często wysepki, nieregularne, utrzymanych włókien nerwowych z osłonką. Badanie zmian w ścianach naczyń zmusza do przyjęcia, że najstarsze zmiany są w miąższu nerwowym, nacieki zaś naczyniowe na oponach są następstwem rozpadu tkanki nerwowej wzgl. drażnienia wskutek tego rozpadu.

Mamy tu do czynienia więc nie z ogniskami naczyniowemi, ale raczej z nieciągłym rozpadem miąższu, analogicznie do *neuritio periaxialis*. Wyniki oparte na zbadaniu licznych serji ognisk z 16 przypadków stwardnienia rozsianego; najcharakterystyczniejsze preparaty pokazał F. w przeźroczach.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Lekarzy Polskich b. Galicji.

Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy polskich b. G. odbyło się dnia 18. kwietnia b. r. przy udziale delegatów ze Lwowa, Krakowa, Sanoka, Rzeszowa, Bochni, Stanisławowa, Jarosławia i Złoczowa.

Obradom przewodniczył prof. Sołowij a przebieg ich był następujący: Po odczytaniu przez Sekretarza protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia, prezes Towarzystwa prof. Rencki imieniem Rady zawiadowczej przedłożył sprawozdanie za czas ubiegły t. j. od roku 1922 aż po koniec roku 1925. Ze sprawozdania tego wynika, że mimo trudnych i ciężkich warunków majątek Towarzystwa został nienaruszony a w niejednym kierunku nawet się powiększył. Dotyczy to zwłaszcza lasu w Morszynie, jakoteż dzierżawy folwarku i źródeł morszyńskich na dobrych i korzystnych dla Tow. warunkach. Natomiast majątek Towarzystwa umieszczony w papierach wartościowych wskutek ogólnych powojennych warunków nie daje tego dochodu, co przed wojną. Wartość papierów i walorów spadła i czeka na zwaloryzowanie drogą ustawową. Mimo to wdowy i sieroty po zmarłych lekarzach otrzymywały i otrzymują stałe wsparcia i zapomogi, na który to cel towarzystwo przeznacza wszystkie swe dochody.

Sprawozdanie prezesa przyjęli Delegaci do wiadomości, wyrażając mu jakoteż Radzie Zawiadowczej pełne uznanie.

Imieniem Komisji rewizyjnej Dr. Hinze stwierdził, że w czasie rewizji znalazła Komisja wszystko w największym porządku t. j. tak książki rachunkowe jakoteż walory towarzystwa. Wniosek Komisji Rewizyjnej o przyjęcie do wiadomości zestawienia rachunkowego i wyrażenia Radzie Zawiadowczej pełnego uznania przyjęło Zgromadzenie przez aklamację.

Na wniosek Rady zawiadowczej zatwierdzono stałe wsparcia dla tych wdów, które już dotychczas pobierały i przyznano stałe wsparcie jednej wdowie nowej a jednej odmówiono takowego, ponieważ mąż jej nie był członkiem towarzystwa.

Uchwalono, aby wsparcia i zapomogi przyznawano tylko wdowom po członkach towarzystwa, natomiast odmawiano wdowom po niečłonkach i tym, które mieszkają poza granicami państwa, choćby mężowie ich byli członkami towarzystwa.

Rada zawiadowcza przedstawiła delegatom projekt zmiany statutu w duchu odpowiadającym dzisiejszym zasadniczo zmienionym warunkom, które sprawiły, że postanowienia dotychczasowego statutu nie odpowiadają celom towarzystwa.

Nad sprawą tą rozwinęła się obszerna dyskusja, a zabierali w niej głos liczni delegaci zwłaszcza z prowincji, którzy domagali się utrzymania sekcji towarzystwa i ożywienia w nich ruchu naukowego. Te i inne uwagi wypowiedziane w dyskusji stanowić mają dyrektywę dla komisji mającej się zająć opracowaniem zmiany statutu. Do Komisji tej wybrano 6 delgatów, a mianowicie po 2 z Krakowa i ze Lwowa, po jednym z Rzeszowa i Jarosławia, a nadto jeszcze prezesa towarzystwa.

Wysokość t. zw. „pogłównego" oznaczyło Walne Zgromadzenie na 8 zł. rocznie z tem, że każdy członek obowiązany jest *prenumerować Polską Gazetę lekarską*, jako organ towarzystwa.

Prof. Bocheński w zastępstwie nieobecnego prof. Machcka przedstawia imieniem Rady zawiadowczej i uzasadnia wniosek o mianowanie prof. Renckiego członkiem honorowym w uznaniu zasług, jakie położył dla towarzystwa. Wniosek ten przyjęto przez aklamację.

Przeprowadzone wybory do nowej Rady zawiadowczej, dały wynik następujący.

Prezes: prof. Dr. Roman Rencki.

Wiceprezes: prof. Dr. Witold Nowicki.

Sekretarz prof. Dr. Antoni Sabatowski.

Skarbnik: prof. Dr. Włodzimierz Koskowski.

Członkowie Rady: Prof. Dr. Kazimierz Bocheński. Prym. Dr. Aleksander Domaszewicz. Dyr. Dr. Roman Hinze. Dr. Stanisław Kubisztal. Dr. Mieczysław Świtalski.

Ponadto należą do Rady zawiadowczej 2 delegaci towarzystwa lekarskiego krakowskiego i 2 delegaci towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Do Komisji rewizyjnej wybrano delegatów sekcji jarosławskiej i złoczowskiej. *K. B.*

KALENDARZ ZJAZDÓW.

IV. Zjazd Higjenistów Polskich i V. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich odbędą się jako zjazd połączony w Wilnie 13 i 14 czerwca 1926.

VI. Zjazd psychiatrów Polskich odbędzie się w Krakowie 23 24 i 25 maja 1926.

Międzynarodowa Konferencja przeciwgruźlicza w Washingtonie 29 września do 2 października 1926.

I. Zjazd anatomo-zoologiczny w Warszawie 22—25 maja 1926.

II. Polski Zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie, 11, 12 i 13 września 1926.

Wojewódzki Zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie 10 września 1926.

39. Kongres Tow. oftalmologów francuskich w Paryżu 10 maja 1926 i dni następnych.

Zjazd lekarzy kolejowych P. P. w Gdańsku w dniu 23 i 24 maja 1926.

V. Zjazd Polsk. Tow. dermatologicznego w Wilnie w dniach 23. i 24 maja 1926.

SPRAWY ZAWODOWE.

Naczelna Izba Lekarska.

W wyniku wyborów dokonanych w poszczególnych Izbach Lekarskich na nową trzechletnią kadencję (1926—1928) do składu Naczelnej Izby Lekarskiej powołani zostali delegaci z Izby Warszawsko-Białostockiej Drzy Jan Bączkiewicz, Zofja Garlicka, Antoni Krzyczkowski, Tytus Makowski, Norbert Metelski, Adam Przyborowski, Wilhelm Róbin, Ignacy Sochacki, Antoni Śmiechowski, Zofja Wojnówna.

Z Izby Krakowskiej: Drzy Stanisław Jankowski, Stefan Strzemieński, Wincenty Wróblewski, Władysław Wrześniowski, z Izby Lwowskiej: Drzy Marjan Franke, Witold Nowicki, Jan Papée, Eugenjusz Waygiel, Aron Wolf, Władysław Czernecki, z Izby Poznańsko-Pomorskiej: Drzy Stanisław Jerzykowski, Bolesław Wieleński, Otton Steinborn, Zygmunt Dymiński, z Izby Łódzkiej: Drzy Antoni Tomaszewski, Feliks Skusiewicz, z Izby Lubelskiej: Drzy Wacław Drożdż, Eugenjusz Wiszniewski.

W dniu 28 lutego zebrała się nowoobrana Naczelna Izba Lekarska i dokonała wyborów do władz i zarządu i sądu. Zarząd powołano w następującym składzie: Przewodn. Dr. Jan Bączkiewicz (Warszawa) 4-ch wiceprzewodniczących Drzy Antoni Śmiechowski (Warszawa), Stanisław Jerzykowski (Poznań), Jan Papée (Lwów), Stefan Strzemieński (Kraków), sekretarz Dr. Norbert Metelski (Warszawa), skarbnik Dr. Tytus Makowski (Warszawa), członkowie Zarządu Drzy Antoni Krzyczkowski i Wacław Drożdż.

Sąd na podstawie wyborów Naczelnej Izby Lekarskiej i po dokonaniu w dniu 21 marca wyborów do Prezydjum ustalił się w składzie następującym:

Przewodniczący Dr. Adolf Kozerski, zastępcy Przewodniczącego Drzy Antoni Śmiechowski i Aleksander Gruszczyński, pisarz Dr. Władysław Janczewski, zastępca pisarza Dr. Stanisław Gębarski.

Sędziowie delegaci z Izby Warszawsko-Białostockiej drzy: Jan Bełkowski, Jan Chmielewski, Jan Kołłątaj-Srzednicki, Franciszek Kowalski, Mikołaj Starkiewicz, Ryszard Szerypo, Antoni Turski, Zofja Wojnówna, Stanisław Zembrzuski, Aleksander Żurakowski.

Sędziowie zastępcy: Drzy Szczęsny Bronowski, Tomasz Byszewski, Zygmunt Chrzanowski, Stanisław Hagmajer, Kazimierz Jasielewicz, Michał Jędrzejowski, Tadeusz Korzon, Wacław Kowalski, Wacław Łapiński, Bronisław Łuczycki, Ludomir Nowacki, Teodor Podczaski, Walenty Rudziński, Edmund Schayer, Jerzy Żelisławski.

Sędziowie delegaci od Izby Warszawsko-Białostockiej drzy: Marjan Ryłko, Eugenjusz Osiński, Bolesław Jakimiak, i Norbert Metelski.

Z Izby Krakowskiej drzy: Stanisław Jankowski, Władysław Wrześniowski, Jan Olbrycht i Kazimierz Suchodolski.

Z Izby Lwowskiej drzy: Jan Papée, Marjan Franke, Zdzisław Kotiers, i Michał Salpeter.

Z Izby Poznańsko-Pomorskiej drzy: Adam Karwowski, Emil Świnarski, Romuald Matuszewski i Czesław Wiecki.

Z Izby Łódzkiej drzy: Henryk Trenkner, Julian Grabowski, Ignacy Watten i Edmund Krakowski.

Z Izby Lubelskiej drzy: Jan Modrzewski, Eugenjusz Wiszniewski, Wacław Drożdż i Adolf Jacewski.

Do komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej weszli drzy: Bogucki Wincenty, Gruszczyński Aleksander, Róbin Wilhelm, Sochacki Ignacy i Wiszniewski Eugenjusz.

Izba Lekarska Lwowska.

Posiedzenie Związku w dniu 3. lutego 1926.

Po odczytaniu protokołu przez sekretarza, rozpatrywano sprawę p. W. z Drohobycza i uchwalono zwrócić się do dziekanatu Wydziału lekarskiego w Krakowie z prośbą o skonstatowanie, czy nazwisko p. W. znajduje się w spisie promowanych. Z kolei przyjęto do wiadomości treść pisma, wysłanego do Min. Spr. Wewn., jako odpowiedź na zarzuty uczynione Izbom lekarskim przez posiankę Prausową w interpelacji sejmowej. Następnie uchwalono odpowiedzieć Zw. L. P. P., że na prośbę Dra M. S., ubiegającego się o posadę bakterjologa w Kasie Chorych w Drohobyczu, porozumiewano się z drugim kandydatem Dr. L. G., który oświadczył, że o posadę stara się legalnie na skutek ogłoszonego konkursu, a, mając odpowiednie kwalifikacje, podania nie cofnie.

Sprawę rachunku Dra. L. S. z Bursztyna, oddano Sądowi Izby, dopatrując się przekroczenia §. 2. deontologji lekarskiej.

W sprawie Dra H. z Majdanu zwrócono się do sądu rzeszowskiego z prośbą o przysłanie aktów.

W sprawie Dra S. z Baranowa i Dra P. z Tarnobrzega Wydział Izby, zgodnie z wnioskiem referenta, nie znalazł powodu do występowania przeciw wspomnianym lekarzom.

W sprawie Dra H. z Niemirowa, uchwalono zwrócić się do Szefostwa Sanitarnego w Przemyślu z prośbą o informacje, zwłaszcza o podanie wykonanego zabiegu, o oznaczenie pory dnia, czasu straconego i t. d.

W sprawie nieodpowiedniego reklamowania się lekarza dentysty A. D. postanowiono odpowiedzieć Województwu, że Izba niema wpływu na sposób anonsowania się dentystów, którzy nie należą do Izby.

Prośby Dra A. z Tyśmienicy, do Ministerstwa o pozwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej, w myśl wywodów referenta, uchwalono nie popierać.

Posiedzenie w dniu 11. lutego 1926.

Po odczytaniu przez sekretarza protokołu z poprzedniego posiedzenia, przewodniczący Dr. Papée, zawiadamia o ukonstytuowaniu się Sądu Izby lekarskiej: Przewodniczącym Sądu Dr. Zdzisław Lachowicz, przewodniczącymi poszczególnych kompletów: prof. Nowicki, Dr. Pisek, Dr. Wechsler; sekretarzem Sądu płk. Dr. Czechowicz.

W sprawie nadania posady lekarza okręgowego w Niżniowie, postanowiono zwrócić się do Wydziału Samorządowego z protestem przeciw nadaniu posady obywatelowi obcemu, niemającemu prawa praktykowania.

Drowi S. M. ze Lwowa postanowiono odpowiedzieć, że musi na piśmie zawiadomić Urząd Wojewódzki o zaniechaniu praktyki lekarskiej, i dowód zgłoszenia do Urzędu Województwa przedłożyć Izbie lekarskiej, którą również należy pisemnie zawiadomić o porzuceniu praktyki, sprawę zaś zwrotu wpłaconej kwoty oddano do rozpatrzenia i załatwienia Komitetowi Kasy Ubezpieczeniowej i Emerytalnej Izby lekarskiej. Drowi. N. G. ze Lwowa, obowiązek należenia do Izby uzasadniono przyjęciem szerszej interpretacji pojęcia praktyki lekarskiej, rozciągając ją na spełnianie czynności, związanych ze stanowiskiem, którego objęcie jest możliwe jedynie na podstawie dyplomu lekarskiego.

Drowi J. S. z Jarosławia odpowiedziano, że musi należeć w myśl przepisów, do Izby lekarskiej, a tem samem do Kasy ubezpieczeniowej.

Następnie uchwalono udzielenie dwu doryweczych zapomóg po 100 zł. z funduszów Izby lekarskiej. Trzech lekarzy ze Lwowa uwolniono od połowy opłaty do Izby.

Sprawę Dra W. i Dra S. postanowiono rozpatrzeć na następnem posiedzeniu, po wysłuchaniu wniosków referenta.

Dr. Kuhn referuje sprawę regulaminu Sądu Izby lekarskiej.

Posiedzenie w dniu 17. lutego 1926.

Po odczytaniu przez sekretarza protokołu z ostatniego posiedzenia, przewodniczący Dr. Papée zawiadamia, że zebranie Naczelnej Izby odbędzie się w dniach 27 i 28. b. m. w Warszawie. Ze względu na preliminarz wydatków przedstawiony przez Izbę Naczelną, uchwalono, aby delegaci Izby oświadczyli się za obniżeniem budżetu, możliwie do zeszłorocznej wysokości.

Delegatami do Uniwersyteckiej Komisji dla sprawy specjalizacji, wybrano prezesa, Izby, Dra Papéego i Dra Moszkowicza. Następnie Zarząd uchwalił dla wdowy po lekarzu stały zasiłek miesięczny po 50 zł. od dnia 1. I. b. r. Dr. G. w myśl jej prośby, uchwalono zwolnić w roku bieżącym od połowy opłaty.

Następnie rozpatrywano 3. pisma Związku Lek. P. P. obwód Drohobycz: 1) w sprawie jednostronnego anulowania umowy przez Zarząd Kasy pow. w Drohobyczu, postanowiono zwrócić się najpierw do Zarządu K. ch. w Drohobyczu, a później do okr. Urzędu ubezpieczeń. 2) Uchwalono wydać ostrzeżenie i równocześnie poinformować inne Izby, o tem, aby one ogłosiły również analogiczne ostrzeżenie przed wchodzeniem w pertraktacje z Związkiem rękodzielników i drobnych handlarzy, którzy chcą założyć odrębną Kasę w Drohobyczu. 3) W sprawie zażalenia na Dra M. uchwalono wezwać go do Izby lekarskiej, celem wyjaśnienia sprawy.

Rozpatrzywszy doniesienie Wydziału Samorządowego przeciw Drowi G. K., ze Lwowa, uchwalono oddać sprawę sądowi, ja-

ko wykroczenie przeciw etyce lekarskiej. Sądowi Izby również uchwalono oddać sprawę Dra W. i Dra S.

Dr. Kuhn referował II. część regulaminu Sądu Izby lekarskiej.

Na zakończenie posiedzenia uchwalono zwrócić się do dyrekcji Sp. A. tel. o udzielenie lekarzom ulg, przy zaprowadzaniu telefonów.

Posiedzenie w dniu 24 lutego 1926.

W posiedzeniu biorą udział delegaci do Izby Naczelnej, prof. Dr. Franke i Nowicki.

Po odczytaniu protokołu przez sekretarza, przew. Dr. Papée zawiadamia, że Zarząd Izby ma przedstawić kandydatów do Sądu Naczelnej Izby, ponieważ wybrani Dr. Doliński i prof. Nowicki, jako członkowie Sądu tutejszego, nie mogą należeć do Sądu Naczelnej Izby. Jednogłośnie uchwalono przedstawić na członków Sądu Najw. Izby prof. Frankego i Dra Papéego, a na zastępców Dra Michała Salpetera i Dra Zdzisława Kotiersa.

W sprawie p. H. W. uchwalono zażądać przedłożenia oryginalnego dyplomu, a do Wydziału Lekarskiego zwrócić się z prośbą o zbadanie, czy nazwisko p. W. znajduje się w spisie promowanych.

W sprawie podatku luksusowego, pobieranego od mieszkań wzwyż 4 pokojów w odniesieniu do lekarzy uchwalono poczynić odpowiednie starania w prezydjum magistratu.

W sprawie udziału delegatów Izby lwowskiej w dorocznem zebraniu Naczelnej Izby w Warszawie, uchwalono konieczność zgodnego sprzeciwu przeciw przedłożonemu budżetowi i konieczność poruszenia nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznem. (Omówiono więc sprawę górnej granicy ubezpieczenia, dobrowolnych członków, decentralizacji Kas chorych, stanowiska lekarzy naczelnych, wolnego wyboru i kontroli Państwa nad funduszami Kas.). Postanowiono też poruszyć sprawę obniżenia taryfy badań przez Państwowy Zakład higieny we Lwowie, oświadczając się, za wolnym wyborem po uchwalonej taksie, na podstawie taryfy, przyjętej po porozumieniu się przez Izbę lekarską.

Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, na pismo w sprawie ogłoszenia listy uprawnionych do głosowania, postanowiono przesłać wyjaśnienia, a sprawę organu urzędowego poruszyć na posiedzeniu, Naczelnej Izby lekarskiej. Postanowiono nadto, aby Prezes Izby i jeden z delegatów osobiście przedstawili całą sprawę Gen. Dyrektorowi Służb. Zdrowia.

Uchwalono jednorazowe zapomogi dla wdów po lekarzach.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.

Oddział w Radomiu.

Radom 21. kwietnia 1926.

Wielmożny Panie Redaktorze!

Uprzejmie prosimy o zamieszczenie w korespondencji bieżącej na łamach Gazety Lekarskiej zawiadomienia, iż w Pow. Kasie Chorych w Radomiu istnieje od dnia 20-go kwietnia b. r. *stan bezkontraktowy. Ostrzegamy Kolegów przed obejmowaniem posad w tejże.*

Izba lekarska łódzka.

Wydział Wykonawczy Okręgu Łódzkiego komunikuje:

W sprawie ostrego zatargu, trwającego od 8 grudnia 1925 roku w Radomsku, ukazał się już w poprzednim N-rze „Polskiej Gazety Lekarskiej" komunikat Wydziału Wykonawczego Okręgu Łódzkiego.

Nadzieje pokładane wówczas na Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej zawiodły. W dniu 17 lutego odbyła się w Warszawie w Ministerstwie konferencja pomiędzy przedstawicielami Kasy Chorych radomskiej (reprezentowanej przez Dyr. Lenka i Przewodniczącego Zarządu Kasy Chorych w Radomsku, p. Cygankiewicza, a przedstawicielami Zw. Lekarzy Radomskowskich, reprezentowanych przez D-rów Stanisławskiego i Lubelskiego. w obecności Naczelnika Gł. Ubezpieczeń p. Korskiego, Dyr. Okr. Urzędu Ubezpieczeń, p. D-ra Siwika, Prezesa Głównego Zarządu Związku Lekarzy, P. P. D-ra Orłowskiego i Sekretarza Okręgu Łódzkiego D-ra Kryszka.

Pomimo wyraźnie przychylnego stanowiska wszystkich czynników Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej wielogodzinne obrady nie doprowadziły do pozytywnego wyniku. Wszelkie argumenty rozbijały się o niczem nieumotywowany upór Władz radomskiej Kasy Chorych.

Żądaniu lekarzy oddania całokształtu zatargu do rozstrzygnięcia p. Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej przeciwstawiał się Zarząd Kasy Chorych, nie chcąc powierzyć p. Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej tej misji, w obawie, iż interesy materjalne Kasy Chorych w Radomsku mogą nie zostać dostatecznie obronione przez p. Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Zakrawałoby to na humorystykę, gdyby nie było tak smutnem świadectwem, wydanem autonomicznym władzom Kasy Chorych w Radomsku, i naigrywaniem się ze zdrowych zasad rozsądku i przepisów Ustawy.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej okazało się bezsilnem w zmuszeniu Kasy Chorych Radomskiej do przyjęcia arbitrażu Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Pomimo to, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zobowiązało Zarząd Kasy Chorych do zwołania w dniu 23 lutego posiedzenia Zarządu Kasy Chorych w Radomsku, celem rozważenia propozycji lekarzy. Na posiedzenie to wydelegowało Ministerstwo, specjalnie w tym celu, p. Dyr. Siwika. I ta próba dojścia do porozumienia jednak zawiodła. Rozbiła się ona powtórnie o niczem nieskrępowany upór Zarządu Kasy Chorych w Radomsku.

Zatarg w Radomsku trwa. Pomoc lekarską ubezpieczonym chorym udzielają sprowadzani stopniowo przez Zarząd Kasy Chorych lekarze.

Pomimo ostrzeżeń ze strony Związku Lekarzy Obwodu Radomskiego i Wydziału Wykonawczego Okręgu Łódzkiego, pracę w Kasie Chorych w Radomsku podjęli sprowadzeni przez Zarząd Kasy Chorych następujący lekarze: *Dr. Tannenbaum Gustaw, Dr. Segal Mojżesz, Dr. Siennicki Wacław, Dr. Rehan Zygmunt.*

Nazwiska tych lekarzy piętnujemy i piętnować będziemy, jako szkodników sprawy lekarskiej.

Wydział Wykonawczy Okręgu Łódzkiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

LISTY DO REDAKCJI.

Notatka poniższa była przesłana do Redakcji „Lekarza polskiego", nie zamieszczono jej ani w Nr. 3, ani w Nr. 4. wobec czego proszę o wydrukowanie jej w „Polskiej Gazecie Lekarskiej", a to w celu sprostowania danych co do prasy lekarskiej i obrony młodszych lekarzy.

„Sprawa pod wieloma względami uzasadnionych zarzutów, jakie Dr. Józef Jaworski wygłasza pod adresem obecnego pokolenia lekarzy w artykule swym p. t.: „O przyszłość i byt zawodu lekarskiego *) co do jednego punktu wymaga pewnego sprostowania. Chodzi mi tu mianowicie o dane, dotyczące prasy lekarskiej i współpracy w niej lekarzy. Prawda że przed wojną pism tygodniowych ogólnych było więcej, bo we wszystkich zaborach wychodziły 4 tygodniki, a obecnie jest tylko jeden „Polska Gazeta Lekarska" która powstała z połączenia się Gazety Lekarskiej (Warszawa), Przeglądu Lekarskiego (Kraków), Tygodnika Lekarskiego (Lwów), i Czasopisma Lekarskiego (Łódź), ale obok tego wychodzą w Poznaniu jako dwutygodniki przedwojenne Nowiny Lekarskie i w Warszawie miesięcznik „Czasopismo Lekarskie", a ponadto bardzo liczne przeważnie w Warszawie wydawane lub subsydjowane przez specjalne Towarzystwa pisma archiwalne, kwartalniki i miesięczniki, że wymienimy tu tylko archiwalne nieznane w przedwojennej prasie lekarskiej, jakiemi bezsprzecznie są polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, Przegląd Chirurgiczny, Ginekologja Polska, i zapoczątkowany dopiero przed kilkoma miesiącami Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Materjału do zapełnienia szpalt pismom tym także nie brak — Polska Gazeta Lekarska ma np. stale tekę tak zasobną, że nie jest w stanie uczynić żądaniu szybkiego umieszczenia prac, i autorzy zmuszeni są nieraz przez kilka tygodni oczekiwać na swą kolej.

Wśród piszących są przeważnie lekarze młodzi, pracownicy klinik i oddziałów szpitalnych, którym się te kilka słów obrony należy".

W. Szumlański.

Redakcja Polskiej Gazety lekarskiej zwraca uwagę P. T. Autorów, że prace ogłoszone już w innych czasopismach naukowych Polskich nie mogą być drukowane po raz wtóry w Polskiej Gazecie lekarskiej.

Dopuszczalne są tylko tymczasowe doniesienia o takich pracach lub ich skróty.

---

*) Lekarz polski. Nr. 2. r. 1926.

NEKROLOGJA.

Wspomnienie pośmiertne.

W dniu 14-tym kwietnia r. b. w Tomaszowie Mazowieckim zamknął oczy na zawsze w 64-tym roku życia po pracowitem i znojnem życiu doktór medycyny Wincenty Glass.

Urodzony w Warszawie, ukończył gimnazjum w Wiedniu, uniwersytet w Dorpacie. Początkowo zajmował się praktyką lekarską w Warszawie, a przed 33 laty osiadł w Tomaszowie gdzie się poświęcił chorobom wewnętrznym. Wojskowość odbywał nad Wołgą, a podczas wojny japońskiej pracował w szpitalu w Czycie, później na Krymie i na pograniczu Rumunji. Na romańskich wzorach wychowany, stałą pracą całego życia pogłębiał swą wiedzę lekarską i ogólną, w których też i mistrzem pozostał. U nas zasłynął jako lekarz ludzi ubogich, którym oddał całe swe życie, nic też dziwnego, że Go ciżbą gwarzącą otoczyli i nad życie cenili. Prześwietnie wyszkolony, humanista z wychowania i potrzeby ducha, altruista z głębi przekonania, znawca literatury wszechświatowej, chodząca encyklopedja medyczna. Człowiek cały o gołębiem sercu, kryształowym charakterze i twardych przekonaniach przeszedł przez życie dążąc do prawdy, tworząc dobro, znacząc ścieżki żywota swego miłością bliźniego.

Gdzieindziej jaśniał by na katedrach, co przy ogromie wiedzy, znajomości języków i wielkim doświadczeniu jest zupełnie zrozumiałe. U nas — leczył szarą brać bezinteresownie, aż do zupełnego wyczerpania sił. Zaskarbił sobie cześć, wdzięczność i uznanie. Na słowie jego polegano, przed nauką się korzono, uczciwością się chlubiono — a nam tu wszystkim jego kolegom jaśniej się stawało gdy do narad nad zdrowiem chorego wnosił swój spokojny dojrzały sąd, na wielkiem doświadczeniu oparty. W wolnych chwilach od zajęć tłumaczył Fausta. Rad zawsze posługiwał się łaciną którą posiadł już w Wiedniu gruntownie. Na kilka chwil przed zgonem powtarzał Horacego i za Seneką młodszym — *„Mors summum bonum diis denegatum"*. Żył w myśl starego zdania o lekarzach: *aliis inserviendo consumuntur, aliis medendo moriuntur.* Mąż o kryształowym charakterze, stoik, obywatel, lekarz z bożej łaski i przytem lekarz ludzi ubogich, kolega przedziwnego serca i uczynności, przyjaciel wyśniony z tysiąca, godny kontynuator prac św. p. dra Jana Rodego poszedł w zaświaty, lecz „nie cały odszedłeś, pamięć po Tobie pozostała, boś ukochał ludzki ból i łzami Cię też bliźni żegnają".

Stanisław Narewski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ograniczenie pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych. Komisja budżetowa Sejmu poczyniła w ostatnich dniach tak poważne skreślenia pozycyj przewidzianych na pokrycie pomocy leczniczej dla pracowników państwowych, że Min. Spraw. wewn. będzie zniewolone zupełnie pomoc tę skasować z dniem 1 lipca b. r., o ile w międzyczasie nie znajdą się kredyty na utrzymanie tej instytucji.

Polskie Tow. Gastrologiczne. Posiedzenie inauguracyjne odbyło się we środę dnia 28 kwietnia r. b. o godz. 8 wiecz. w sali wykładowej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, Niecała Nr. 7. Porządek dzienny: 1) I. Grundzach. Zarys rozwoju Gastrologji w Polsce. 2) Prof. Czubalski: Fizjologiczne warunki czynności wydzielniczej żołądka. 3) B. Kryński: Roentgenologja przewodu pokarmowego. 4) A. Zawadzki: Chirurgja w Gastrologji. Prezes: *Ignacy Grundzach.* Wiceprezes: *Bronisław Wejnert.* Sekretarz: *Franciszek Niewiadomski.*

I. Zjazd Anatomiczno-Zoologiczny 22—25 maja r. b. w Warszawie. Komitet Organizacyjny I. Zjazdu Anatomiczno-Zoologicznego przypomina, że termin zgłaszania referatów został ustalony na dzień 1. maja. Uczestnicy Zjazdu będą korzystali z ulg kolejowych. Komitet Organizacyjny zarezerwował szereg tanich i bezpłatnych pokoi dla przyjezdnych. Zgłoszenia o kwatery są przyjmowane do dnia 1 maja. (Dr. Chylewski, Warszawa, ul. Chałubińskiego 5.). Komitet prosi o zgłaszanie większej liczby pokazów.

Kraków.

Krak. Towarzystwo Lekarskie. We środę, 28. b. m. o 8-mej wiecz. posiedzenie naukowe, na którem demonstrowano chorych: z praktyki prywatnej: Dr. Glassner i Dr. Wielski, z I. Kliniki Medycznej: Prof. Latkowski i Dr. Siedlecki, z II. Klin. Medycznej: Doc. Tempka, z Klin. Ginekologicznej: Dr. Gawroński i Dr. Szancenbach, z Klin. Dermatologicznej: Prof. Walter, z Oddz. V. Szpit. św. Łazarza: Prym. Dyboski, z Oddz. VI. Szpit. św. Łazarza: Dr. Rost, Dr. Ślączka i Dr. Wander.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, organ Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie przynosi, podobnie jak zeszłego roku, szereg wartościowych prac z zakresu fizjoterapji, oraz artykułów, objaśniających objektywnie o uzdrowiskach krajowych. Lekarze-praktycy mogą, jako czytelnicy Przeglądu zapoznać się z wielu, dla praktyki niezmiernie ważnemi sprawami.

Wydawnictwo Przeglądu zdrojowo-kąpielowego pragnie pismo swoje rozpowszechnić wśród wszystkich lekarzy polskich w interesie nauki praktycznej balneo- i klimatoterapji, w interesie chorych i krajowych uzdrojowisk i ofiarowuje jego prenumeratę po zniżonej cenie 4 zł. za 10 numerów dla prenumeratorów Polskiej Gazety Lekarskiej.

Redakcja Gazety Gazety lekarskiej dowiaduje się z pełnem uznaniem o tej bardzo pożytecznej i bardzo celowej akcji Polskiego Towarzystwa balneologicznego, poleca ją gorąco uwadze wszyskich lekarzy i zachęca do zgłaszania prenumeraty Przeglądu zdrojowo-kąpielowego pod adresem jego Redakcji.(Kraków, Sobieskiego 16 c.)

Koledzy okuliści, którzyby potrzebowali zastępstwa za siebie na miesiąc maj lub czerwiec, zechcą się zgłosić do krakowskiej redakcji „Polskiej Gazety Lekarskiej", pod adresem: Doc. Dr. J. Kostrzewski, Kraków, Kopernika 17.

Lwów.

Towarzystwo Miłośników historji medycyny we Lwowie. Posiedzenie naukowe dnia 20 bm. ul. Lindego. Porządek obrad: Dr. Ludwik Fleck: „O pewnych swoistych cechach myślenia lekarskiego". — Dr. Józef Fritz: „Dzieje uodpornienia przeciw ospie do Jennera (Variolacja)".

„Do numeru 18-go P. G. L. r. b. dołączony był prospekt J. „Schering" o przetworze „Veramon". W razie nieotrzymania tego prospektu, prosimy zwrócić się do Wydziału naukowego Fabryki „Schering", Oddział na Polskę. Warszawa Jerozolimska 45".

Ciechocinek.

Ciechocinek. W roku bieżącym zakład przystępuje do budowy domu zdrojowego z wzorowo urządzonym hotelem, połączonym z łazienkami. W miesiącu marcu r. b. zakład przystępuje do rozbudowy gmachu łazienek Nr. III. (przybudówka dla fasonów i okładów borowinowych). W roku bieżącym zakład przystępuje do świdrowania nowego źródła Nr. 14., w celu otrzymania gorącej solanki. — Na sezony roku bieżącego zostanie uruchomiony wodociąg, pobudowany kosztem 1.000.000 złotych. Po sezonach zakład przystąpi do robót kanalizacyjnych zdrojowiska.

Ze świata.

Ulgi w kosztach podróży po Królestwie Jugosłowiańskiem. Ministerstwo Komunikacji Królestwa Jugosłowiańskiego S. H. S. przyznało począwszy od 1 kwietnia 1926 r. dla podróżnych zwiedzających jugosłowiański brzeg morza Adrjatyckiego 50% zniżki kosztów podróży, a dla osób zwiedzających jugosłowiańskie zdrojowiska i miejscowości turystyczne 25%-wą zniżkę normalnej taryfy jazdy, jeśli pobyt tych osób na morzu Adrjatyckiem, względnie w jednej lub kilku z wymienionych miejscowości potrwa co najmniej dni 15.

Urzędowe Biuro ruchu Królestwa S. H. S. w Wiedniu I. Seilerstätte 30 (Pałac poselstwa S. H. S., udziela bezpłatnie wszelkich informacyj w tym względzie, tudzież wydaje legitymacje do 50% zniżek cen jazdy, 30%, 20% i 15% zniżek jazdy okrętami, i załatwia uzyskanie wiz paszportowych, zamówienia pokojów hotelowych, i t. p.

Redakcja otrzymała:

Browicz: W sprawie „podstaw klinicznych klasyfikowania suchot przewlekłych". Odbitka z Now. Lek. 1926. Z. 3.

Grossfeld: Zur Pathologie und Therapie der Colitis ulcerosa. Odbitka z Archiv f. Verdaunugs-Krankheiten. XXXVI. 5/6.

Sprawozdanie szpitala izraelitów w Krakowie za rok 1925. Kraków 1926. Nakład gminy izraelickiej w Krakowie.